令和　　年　　月　　日

**予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書**

庄内町長　富　樫　　　透　殿

住　　　　所

医療機関・施設名

代表者職氏名

（電話番号：　　　　－　　　－　　　　）

令和７年　　月分の委託業務が完了したので、高齢者インフルエンザ予防接種業務委託契約及び庄内町インフルエンザ任意予防接種業務委託契約に基づき、令和７年　　月分の委託料を請求します。

**請求金額　　　　　　　　　　　円**

（内　訳）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種区分 | ワクチンの種類 | 対象者区分 | 単　価 | 件　数 | 金　額 |
| 定期接種 | インフルエンザ  ＨＡワクチン | 一般 | 1,700円 | 件 | 円 |
| 実費徴収を要しない者（生活保護） | 円 | 件 | 円 |
| 任意接種 | インフルエンザ  ＨＡワクチン | 一般 | 1,500円 | 件 | 円 |
| 実費徴収を要しない者（生活保護） | 円 | 件 | 円 |
| 経鼻弱毒生  インフルエンザワクチン  （2歳以上13歳未満の者） | 一般 | 3,000円 | 件 | 円 |
| 実費徴収を要しない者（生活保護） | 円 | 件 | 円 |
| 経鼻弱毒生  インフルエンザワクチン  （13歳以上の者） | 一般 | 1,500円 | 件 | 円 |
| 実費徴収を要しない者（生活保護） | 円 | 件 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替（送金）払い依頼 | | | | | | | | | | | | | |
| 振替先 | フリガナ |  | | | | | | フリガナ | |  | | | |
| 金融機関名 |  | | | | | | 本・支店名 | | 本店・　　　支店 | | | |
| 金融機関コード |  |  | |  | |  | 店番号 | |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |