

予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書

殿

住 所
医療機関・施設名
代表者職氏名 ⑩
(電話番号: - -)

令和 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に基づき、令和 年 月分の委託料を請求します。

請求金額 _____ **円**

(内 訳)

区 分	単 価	件 数	金 額
一般	円		円
実費徴収を要しない者	円		円

債権者番号

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						

(以下は市町村で記入)

様

上記のとおり完了したことを証明します。

令和 年 月 日

検収者所属、職氏名

⑩