（別紙様式２）

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**

市町村長　　　　　　殿

住　　　　所

医療機関・施設名

代表者職氏名

（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）

　　　　　　市町村長　　　　　　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