［任意接種費用助成用］［令和８年４月接種～］

富山市帯状疱疹予防接種事業業務委託
請求書兼振込依頼書（報告書）

令和　　年　　月　　日

下記のとおり請求します。

（宛先）富山市長

医療機関コード

所在地

医療機関名

法人名

代表者名

電話番号

請求金額	百万				千				円

令和　　年　　月分の富山市帯状疱疹予防接種事業業務委託について、下記のとおり実績を報告し、委託料を請求します。

＜内訳＞

No.	区分		単価	人数	件数
1	生ワクチン		円	人	
2	不活化ワクチン	１回目	円	人	
3		２回目	円	人	

※単価の上限　生ワクチン:4,000円/回、不活化ワクチン:10,000円/回

下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫　　支店 信用組合・農協　　出張所							
口座番号 (右づめで記入ください)								1　普　通 2　当　座
フリガナ 口座名義人								

※毎月１０日、保健所に必着のこと（ただし、１０日が土曜・日曜・祝休日の場合は、直前の平日までに必着）