**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

　（宛先）富山市長

所在地

医療機関名

開設者又は管理者

電話番号

医療機関コード

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。

請求金額　　　　　　　　円也

＜内訳＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 単価 | 人数 | 合計金額 |
| 生ワクチン | | 円 | 人 | 円 |
| 不活化  ワクチン | １回目 | 円 | 人 | 円 |
| ２回目 | 円 | 人 | 円 |

※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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼書 | 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　支店  信用組合・農協　　　　　　出張所 | | | | | | |  |
| 預金種別 | 普　通　・　当　座 | | | | | | |
| 口座番号  （右づめで記入ください） |  |  |  |  |  |  |  |
| **フリガナ**  口座名義人 |  | | | | | | |

　　※毎月１０日までに富山市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）