

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	人	円
	2回目	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	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 出張所
	込	預金種別	普通・当座	
	依	口座番号 (右づめで記入ください)		
	頼	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)