

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

大江町長 殿

住 所
医療機関・施設名
代 表 者 職 氏 名 (印)
(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	2, 5 0 0 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 (印)