

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、高齢者新型コロナウイルス感染症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

印