

予防接種業務委託請求書

令和 年 月分
令和 年 月 日

阿久根市長 西 平 良 将 様

請求者
住 所
氏 名

代 表 者
登 録 番 号



委託契約に基づく予防接種の実績を下記のとおり報告するとともに、予診票を添えて請求いたします。

記

| 接 種 項 目 | 単 価 | 件 数 | 委 託 料 |
|-------------------|---------|-----|----------------------------|
| 麻しん風しん混合 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 五 種 混 合 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 四 種 混 合 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 二 種 混 合 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 日 本 脳 炎 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| B C G | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 子 宮 頸 が ん | 3,400 円 | 件 | 円 |
| ヒ ブ | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 小 児 用 肺 炎 球 菌 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 水 痘 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| B 型 肝 炎 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| ロ タ ウ イ ル ス 感 染 症 | 3,400 円 | 件 | 円 |
| 予 診 (接 種 不 可 者) | 2,500 円 | 件 | 円 |
| 合 計 | | 件 | 円 (消費税率 10% 消費税 円) |