

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
R S 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)