

様式3

佐世保市子どものインフルエンザ予防接種費用一部助成事業請求書
(月分)

佐世保市長様

令和 年 月 日

報告及び請求者

住 所

実施機関名

理事長又は代表者

印

(※契約書に記載された内容のとおり記載し、契約書に押印された印鑑を押印願います)

登録番号:

委託契約に基づき子どもインフルエンザ予防接種を実施したので、下記のとおり委託料を請求します。

被接種者区分	被接種者数	単価	委託料
要負担者	件	3,200円	円①
負担免除者	件	4,500円	円②
合 計	件		

※生活保護受給証明等の添付が必要です

接種不可者数	単価	委託料
件	1,985円	円③

請求金額 (10%対象)	¥ 円①+②+③(消費税額(内税) 円)
-----------------	--

支払方法: 口座払い(通帳記帳時の請求No)

振込先:登録しているとおり

※請求の際は、「子どもインフルエンザ(任意)予防接種実績報告書」(様式2)を必ず添付してください。

実施機関用 R5