

インフルエンザ予防接種実績報告及び請求書( 月分)  
(高齢者インフルエンザ定期予防接種に限る)

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:

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので報告します。

対象者	対象区分	実施件数	合計	備考欄
65歳以上の者	要 負 担 者 ①	件	件	※生活保護受給証明等の添付が必要です
	負 担 免 除 者 ②	件		
60～65歳未満のうち心臓等に障害を有する者	要 負 担 者 ③	件	件	※生活保護受給証明等の添付が必要です
	負 担 免 除 者 ④	件		

委託契約に基づき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 ( ① + ③ )	件	3, 200円	円⑤
負 担 免 除 者 ( ② + ④ )	件	4, 500円	円⑥
接 種 不 可 者	件	1, 985円	円⑦
合 計	件		

請求金額 (10%対象)	¥	円(⑤+⑥+⑦)(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

実施機関用 R5◇