

徳島県予防接種(高齢者のインフルエンザ)  
広域化委託契約請求書

請求日 平成 年 月 日

長 殿

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

印

電話番号

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約にかかる 分の費用  
について、以下のとおり請求します。

金額										円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(金額は、アラビア数字で頭部に¥をつけ、数字の誤りは訂正しないでください。)

(内訳)

ワクチン区分	延べ接種件数	委託料	請求額	備考
高齢者のインフルエンザ (自己負担金徴収者)	件	円	円	市町村別自己負担額一覧は別紙参照
高齢者のインフルエンザ (自己負担金免除者)	件	4,300 円	円	
接種不可者	件	1,522 円	円	
合計	件		円	請求金額と一致

※委託料は接種単価(予診料・ワクチン代・接種手技料・消費税)から自己負担額を除く額とする。

口座振込先								
金融機関名 ( ) 店舗名 ( )								
預金種別 ( 1 普通 2 当座 3 その他 )								
口座番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (右づめ)								
口座名義人(カタカナ書き)								
( )								

徳島県予防接種(高齢者のインフルエンザ)  
広域化委託契約業務完了報告書

平成 年 月 日

長 殿

医療機関コード

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

印

電話番号

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約について、以下のとおり業務が完了したので、ご報告します。

ワクチン区分	延べ接種件数	委託料	請求額	備考
高齢者のインフルエンザ (自己負担金徴収者)	件	円	円	市町村別自己負担額一覧は別紙参照
高齢者のインフルエンザ (自己負担金免除者)	件	4,300 円	円	
接種不可者	件	1,522 円	円	
合計	件		円	

(平成29年度)

別紙

単位:円

	市町村	費用徴収免除者	市町村請求額	自己負担額
1	徳島市	生活保護受給者	2,400	1,900
2	鳴門市		2,450	1,850
3	勝浦町		3,300	1,000
4	上勝町		2,400	1,900
5	佐那河内村		3,300	1,000
6	松茂町		3,100	1,200
7	北島町		2,700	1,600
8	藍住町		2,700	1,600
9	板野町		2,700	1,600
10	上板町		2,700	1,600



【記載例】

徳島県予防接種(高齢者のインフルエンザ)  
広域化委託契約業務完了報告書

日付は空けてください

平成 年 月 日

市町村名をご記入ください

〇〇市(町村)長 殿

医療機関コード

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

代表者(理事長又は院長)のお名前も記入の上、医療法人なら理事長印を、個人医療機関なら代表者個人印を押印してください。

請求年月を記入してください

鮮明に押印してください。シャチハタ不可

印

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約について、以下のとおり業務が完了したので、ご報告します。

ワクチン区分	延べ接種件数	委託料		請求額		備考
高齢者のインフルエンザ (自己負担金徴収者)	件		円		円	市町村別自己負担額一覧は別紙参照
高齢者のインフルエンザ (自己負担金免除者)	件	4,300	円		円	
接種不可者	件	1,522	円		円	
合計	件				円	