

【使用期限】2025.4.1～2025.9.30接種分

任意予防接種委託料請求書

(令和 年 月 分)

富士吉田市長 様 道志村長 様 令和 年 月 日
西桂町長 様 忍野村長 様
山中湖村長 様 鳴沢村長 様
富士河口湖町長 様 医療機関名

印

インボイス番号

予防接種事業	助成金	人数	合計額
おたふくかぜ ワクチン 接種費用助成	限度額 3,000円 ()円		
带状疱疹 ワクチン 接種費用助成	生ワクチン 4,400円 ()円		
带状疱疹 ワクチン 接種費用助成	不活化ワクチン 11,000円 ()円		
	請求合計金額(税込金額)		
	税率10%対象(税抜金額)		
	消費税額		

として上記のとおり請求いたします。支払金は下記預金口座に振り替えてください。

(変更等ある場合のみ、ご記入ください。)

振込先金融機関名・支店名(フリガナ)		銀行 金庫 組合 農協	支店 本店 出張所 本所 支所
金融機関コード		支店コード	
		*上記のことについて検査したところ 相違ないことを確認しました。	
		債権者番号	
口座種別 (当座・普通)	口座番号		納品年月日
			受領者
口座名義(フリガナ)			検収年月日
			物品取扱者