　（別紙８）

**鳥取県定期予防接種広域化実施報告書 兼 請求書**

　　　年　　月　　日

○○市(町村)長　様

医療機関名

　　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　 医療機関の長又は管理者名

　　　　　年　　月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これに係る委託料を請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチン種別 | | 委託単価（円） | 接種件数 | 請求金額（円） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  | | |  |

※委託単価は、請求先の市町村の圏域契約で定めている金額と同一とする。

振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行・信金  　　　　　　　　　　　　　信組・農協　　　　　　　　　　　　　　　支店 | |
| 普通・当座　（どちらかに○印） | |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人氏名 |  |