

令和5年度 おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-3

(令和 年 月分)

(医療機関控用)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
おたふくかぜ	4,000円	件	円
合 計	—	件	円

おたふくかぜ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

(キリトリ線1)

医療機関→市医師会

令和5年度 おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-2

(令和 年 月分)

(市医師会控用)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
おたふくかぜ	4,000円	件	円
合 計	—	件	円

おたふくかぜ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

(キリトリ線2)

医療機関→市医師会→鹿児島市

令和5年度 おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-1

(令和 年 月分)

(鹿児島市提出用)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
おたふくかぜ	4,000円	件	円
合 計	—	件	円

おたふくかぜ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名

電話

)

例

令和5年度 おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-3

(令和 5 年 7 月分)

(医療機関控用)

別	委託単価	件数	金額
おたふくかぜ	4,000円	2件	8,000円
合計	—	2件	8,000円

おたふくかぜ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

令和 5 年 8 月 10 日 所在地及び名称 鹿児島市山下町11番1号

〇〇クリニック

鹿児島市長 殿

代表者氏名 院長 鹿児島 太郎

(キリトリ線1)

医療機関→市医師会

令和5年度 おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-2

(令和 5 年 7 月分)

(市医師会控用)

種別	委託単価	件数	金額
おたふくかぜ	4,000円	2件	8,000円
合計	—	2件	8,000円

おたふくかぜ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

令和 5 年 8 月 10 日 所在地及び名称 鹿児島市山下町11番1号

〇〇クリニック

鹿児島市長 殿

代表者氏名 院長 鹿児島 太郎

(キリトリ線2)

医療機関→市医師会→鹿児島市

令和5年度 おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-1

(令和 5 年 7 月分)

(鹿児島市提出用)

種別	委託単価	件数	金額
おたふくかぜ	4,000円	2件	8,000円
合計	—	2件	8,000円

所在地等は座版可

押印を省略する場合は担当者氏名と電話番号の記入をお願いします。

おたふくかぜ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

令和 5 年 8 月 10 日 所在地及び名称 鹿児島市山下町11番1号

〇〇クリニック

鹿児島市長 殿

代表者氏名 院長 鹿児島 太郎

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名 薩摩 花子 電話 099-〇〇〇-〇〇〇〇)