請　　求　　書

令和 年 月 日

稲　城　市　長　殿

医療機関名：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　 　㊞

**金 円也**

　新型コロナウイルス感染症の予防接種に係る委託契約に基づく令和　年　月分の委託料として上記の金額を請求いたします。

（税込み）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | | | 単価 | 件数 | 金額 |
| 予診のみ | ６歳未満 | 通常時間 | 2,420円 | 件 | 円 |
| 時間外 | 3,223円 | 件 | 円 |
| 休日 | 4,763円 | 件 | 円 |
| ６歳未満 | 通常時間 | 1,694円 | 件 | 円 |
| 時間外 | 2,497円 | 件 | 円 |
| 休日 | 4,037円 | 件 | 円 |
| 接種 | ６歳未満 | 通常時間 | 3,003円 | 件 | 円 |
| 時間外 | 3,806円 | 件 | 円 |
| 休日 | 5,346円 | 件 | 円 |
| ６歳以上 | 通常時間 | 2,277円 | 件 | 円 |
| 時間外 | 3,080円 | 件 | 円 |
| 休日 | 4,620円 | 件 | 円 |
| 合計 | | | | 件 | 円 |

金融機関・支店名

口座番号　　　　　　　　　　　預金種別

(ｺｳｻﾞﾒｲｷﾞ)

口座名義