

令和 7 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 7 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 7 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 7 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 7 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 7 年 8 月 10 日 所在地及び名称 鹿児島市山下町 1 1 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 7 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 7 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 7 年 8 月 10 日 所在地及び名称 鹿児島市山下町 1 1 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 7 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 7 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

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 7 年 8 月 10 日 所在地及び名称 鹿児島市山下町 1 1 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)

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。