様式２

**医療保護入院患者等搬送業務実施報告書兼委託料請求書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり，医療保護入院患者等搬送業務を実施しましたので，医療保護入院患者等搬送業務委託契約書第6条の規定による委託料（　　　　　名分）を請求します。

　請求額　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

　　(内訳)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 搬送月日 | 医療保護入院患者等氏名 | 搬　　送　　区　　間 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払方法 | 金融機関名 | 支店(所)名 | 預金種目 | 口座番号 |
|  |  |  | 普通・当座 |  |
| 口座名義（フリガナ） | | | | |
|  | | | | |