

請求書

金 円

但し、 年 月分、定期予防接種相互乗り入れ委託料として
 (内訳：別紙4-2実績報告書のとおり)

上記のとおり請求します。

年 月 日

(市・町・村) 長 様

※請求先の宛名は、市町村名を記載し(市・町・村)に○印をお願いします。

医療機関所在地	〒
医療機関名	
代表者職氏名	印
担当者名	
連絡先電話番号	

振込先	銀行	支店
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

※口座名義は銀行に登録されている正式名称を通帳で確認の上、必ずカタカナでふり仮名を振ってください。

※請求の際は、実施月分の請求書(別紙4-1)、実績報告書(別紙4-2)、予診票を提出してください。