

市 外

予防接種委託料請求書
(帯状疱疹)

年 月 日

(宛先) 周 南 市 長

医療機関所在地

(請求者) 法 人 名

医 療 機 関 名

代表者名 (肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

予 防 接 種 種 別	件 数	単 価 (円)	請求金額 (円)
帯状疱疹予防接種 生ワクチン (一般)		6, 2 0 0	
帯状疱疹予防接種 生ワクチン (生活保護世帯)		8, 8 6 0	
帯状疱疹予防接種 組換えワクチン (一般)		1 5, 4 4 0	
帯状疱疹予防接種 組換えワクチン (生活保護世帯)		2 2, 0 6 0	
予診の結果不接種		1, 3 9 7	
計			

年 月実施分について、上記のとおり請求いたします。
なお、支払いにあたっては、下記の口座に振込をお願いします。

銀行 信用金庫 組合		本店・支店 本所・支所 出張所		口座番号 (普通・当座)																									
口 座 名 義	カナ																												
	名義人																												
	(※ 振込先の口座情報をスタンプで記入される場合はこちらの枠内をお願いします。)																												

(注) 口座名義の記入にあたっては、金融機関にご登録されている口座情報を必ずご確認ください。(略記不可)

請求書の内容を訂正される場合は、訂正印を押印または請求者による訂正署名が必要です。(砂消ゴム、修正液等は不可)
金額の訂正はできませんので、再作成してください。

担当者及び連絡先

担 当 者 名 :

(連絡先 :

)

R7