

おたふくかぜワクチン接種費用助成金請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月分)

(あて先)松阪市長 様

〒

所在地
医療機関(請求者) 名称
役職名・代表者名
電話番号

おたふくかぜワクチン接種費用助成対象者に予防接種を実施いたしましたので、
接種費用の助成金を下記のとおり請求いたします。

【請求額】

おたふくかぜワクチン	2,500 円 ×	件 =	円
------------	-----------	-----	---

請求額合計 : 円

以下の場合には□に✓を入れてください。

 今年度予防接種を初めて請求(記入してください) 変更あり(記入してください)

振込先 銀行・JA・信用金庫 本店・支店・出張所 普通・当座

口座番号

--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

口座名義

市検収

--

※各月の締め切りは10日(土・日・祝日と重なる場合は翌開庁日)17時15分必着とします。

※請求者印を押印する場合は請求者印で訂正してください。省略する場合は二重線で訂正してください。ただし、合計金額の訂正はできません。