

おたふくかぜ 任意接種費用助成金請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月接種分)

(あて先)松阪市長 様

所在地 〒

医療機関(請求者)名称

役職名(必須)・代表者名

電話番号

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。

種類	回数	委託料×	件数=	金額
おたふくかぜワクチン	1回目	2,500		
	2回目			

合計	円
----	---

次の場合は□に✓を入れ、口座を記入してください。 □ 今年度予防接種を初めて請求 □ 前回請求時から変更あり

振込先	金融機関名	支店名	口座種別							
口座番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
フリガナ	<table border="1"> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> </table>									
口座名義	<table border="1"> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> </table>									
			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)16時30分必着です。
 ※請求印は省略可です。押印時は同じ印と二重線、省略時は二重線のみで訂正してください。合計は訂正不可のため、書き直してください。