

稲敷市任意麻しん風しん混合予防接種公費負担額請求書

令和 年 月 日

稲敷市長 笥 信太郎 様

所在地
医療機関名
医師名及び
代表者氏名

印

一金 円也

下記内容の令和 年 月分の任意麻しん風しん混合予防接種公費負担額について
上記のとおり請求致します。

記

予防接種名	人数	単価(円)	金額(円)
麻しん風しん混合	名	5,000円	円
合計	名		円

【振り込み先情報】 ※お手数ですが、振込先情報は債権者登録されている医療機関様も毎回ご記入下さい。

振込金融機関名
金融機関支店名
預金種別
口座番号
フリガナ
名義人氏名

◎請求書の金額にかかる箇所に訂正がある場合は新しい用紙で書き直して下さい。(訂正印も不可)

その他の箇所は、訂正印で修正してください(修正液・修正テープは不可)