

大月市長 様

(日付記入する)→

年 月 日

(A類疾病)

\*実施日の次月10までに請求してください

見本

所在地  
医療機関名  
代表者名  
電話番号

印

令和〇年度 予防接種委託料請求書

修正箇所がある場合は、訂正印を押してください。印鑑は、上の請求者印と同じものを押してください。

年 月分の予防接種予診票を添えて、次のとおり接

請求金額 円

Table with 4 columns: 予防接種内容, 単価, 接種人数, 金額. Rows include Hib, Polio, DTP, BCG, MMR, etc.

【振込口座】

必ず口座情報を記入してください。

Table for bank account information with columns for 金融機関名, 銀行・金庫, 本店・支店, 預金種別, 普通・当座, 口座番号, 支所・出張所, 口座名義人(カタカナ).

【検収(市記入欄)】

上記について、相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

職員氏名

印