請　求　書

（令和　　年度）

金　額		百万			千				円

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

銀行 金庫	支店	口　座　番　号								
		普通・当座								
		口座名義人 （フリガナ）								

令和　　年　　月　　日

かほく市長　　様

住 所

医療機関名

氏 名　　印

予防接種 令和　　年　　月分を予診票と予防接種券を添えて請求します。

記

成人用肺炎球菌予防接種

費用負担の別	単　価	件　数	金　額
費用負担あり	円	件	円
費用負担なし	円	件	円
合　計		件	円