

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 (カタカナ)					

令和 年 月 日

かほく市長

住 所

医療機関名

氏 名 印

予防接種 令和 年 月分を接種券と予診票を添えて請求します。

記

予防接種	費用負担の別	単 価	件 数	金 額
高齢者 インフルエンザ	費用負担あり		件	円
	費用負担なし		件	円
新型コロナ ウイルス	費用負担あり		件	円
	費用負担なし		件	円
合 計			件	円