

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(23 価)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