

帯状疱疹

請求書

(令和 年度)

金額

	百万			千			
--	----	--	--	---	--	--	--

円

上記の金額を請求します。

上記の金額を下記口座に振込み願います。

		普通 ・ 当座	口座番号							
銀行	支店	預金								
カナ										
口座名義										

※口座名義は正確に記入下さい。

令和 年 月 日

かほく市長 様

住所

(法人名)

医療機関名

代表者職氏名

印

〔内訳〕 帯状疱疹予防接種委託料 令和 年 月分

種類	費用負担の種別	単価	件数	金額
水痘ワクチン	費用負担あり	円	件	円
	費用負担なし	円	件	円
帯状疱疹ワクチン	費用負担あり	円	件	円
	費用負担なし	円	件	円
合 計			件	円