

大宜味村・伊平屋村

* 該当市町村別に○を付けて市町ごとにまとめてご提出ください。

高齢者インフルエンザ予防接種 請求書(月分)

平成 年 月 日

役場

村長 殿

住 所

医療施設名

院 長 名

印

電 話 番 号

F A X 番 号

委託契約に基づく予防接種を下記のとおり実施したので、予診票を添付のうえ請求致します。

請求金額

円

項 目	単価 (税込み)	人数	金額
予診のみ	1,080円	人	円
予診及び接種	3,984円	人	円
一部負担金免除者	4,984円	人	円
合計		人	円

口座振替申立表示

銀 行 名	銀 行	支 店
預 金 の 種 類	普通預金	当座預金
口 座 番 号	No.	
フリガナ		
口 座 名 義		

※振込先口座について、初めて請求書を送付する施設については、通帳口座名義(フリガナ)が記載されている部分をコピーし請求書へ添付下さい。振込先変更(銀行・支店名・名義等の変更)の場合も同様に、コピーを添付し変更日も記載下さい。

【請求先】大宜味村役場 住民福祉課 (〒905-1392 大宜味村字大兼久157番地 TEL0980-44-3003)
伊平屋 住民課 (〒905-0793 伊平屋村字我喜屋251番地 TEL0980-49-2234)