

本部町・今帰仁村・国頭村・大宜味村

\* 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。

個別予防接種(定期外) 請求書( 月分)

平成 年 月 日

役場

町・村 長 殿

住 所

医療施設名

院 長 名

⑩

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 (6ヵ月～12ヵ月未満)	1,080円	人	円
M R (6ヵ月～12ヵ月未満)	11,523円	人	円
麻しん単独 (6ヵ月～12ヵ月未満)	7,959円	人	円
予診のみ(上記以外)	1,080円	人	円
M R (上記以外)	11,523円	人	円
麻しん単独 (上記以外)	7,959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。