

三木町長様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

3	7	3	4	1	9
---	---	---	---	---	---

医療機関の所在地
医療機関の名称
代表者氏名
電話番号

印

風しん対策 市区町村別請求書

請求年月 年 月分

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に
口座振替されるよう依頼します。

(金融コード)		(支店名コード)	
振込先		支店名	
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

		被接種者数	単価	金額
予防接種	麻しん風しん混合	人	9,990円	円
	風しん	人	6,425円	円
	予診のみ	人	2,880円	円
合計		人	円	円