

菰野町季節性小児インフルエンザワクチン接種費用助成金請求書

菰野町長様

請求金額	千	百	十	万	千	百	十	円

上記のとおり請求（ 年 月分）いたします。

請求の内訳

単価	ワクチン接種件数	請求金額
1回目 2,000円	件	円
2回目 2,000円	件	円
合計	件	円

年 月 日

債権者番号

(医療機関)

住所
医療機関名
代表者名
電話番号



※法人は法人印

※債権者番号記入の場合、下記振込口座の記入は不要です。

●振込口座

金融機関名

銀行
信用金庫
農協

本店
支店
出張所

種別

普通・当座

口座番号

フリガナ
口座名義人

【備考】菰野町季節性小児インフルエンザワクチン接種費用助成券を添付すること。

【町控】