様式１

年　　　　月　　　　日

福山市長　様

請求書

　２０２５　年　　３　月分（風しん追加的対策）を実施したため、風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種に係る委託料として請求します。

請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 抗体検査予防接種 | 請求金額（税込） |
| **合計** | 百万 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 首標金額の訂正はできません。
* 首標金額の一桁上位の欄に、￥印を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等名称 |  |
| 代表者氏名 |  | **印** |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 |  |

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |