

予防接種請求書（ 月分）

令和 年 月 日

亀 山 市 長 様

医療機関名

住所

氏名



※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

次のとおり、請求します。

請求金額

_____ 円

<金融機関振込先>

銀行		支店
当座 ・ 普通	口座番号	
フリガナ		
名義人		