

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

印

※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 | | |