

今治市子どもを守るインフルエンザ予防接種助成金等請求書

令和 年 月 日

日付は空欄

(宛先) 今治市長

(請求者)

医療機関所在地 今治市南宝来町1-6-1

医療機関名 医療法人 南宝来病院

代表者名 理事長 今治 太郎

法人の場合は代表者の役職名を記載

令和5年度10月分の助成金等を助成券を添えて請求します。

請求金額 円

内 訳

区 分		単価 (円)	件数	金額 (円)
12歳以下	今治市子どもを守るインフルエンザ 予防接種助成金	1,000	10	10,000
	事務手数料	100	10	100
中学 3年生 高校 3年生	今治市子どもを守るインフルエンザ 予防接種助成金	1,000	5	5,000
	事務手数料	100	5	500
合 計				15,600

口座振替先	銀 行 信用金庫 組 合	本 店 支 店 支 所 出張所	普通 当座
	今 治	南宝来	
口座番号 0 1 2 3 4 5 6		口座名義 イ) ミナミホウライビヨウイン 人カナ リジチヨウ イマバリ タロウ	

上に記載した代表者と口座名義人が同一人物になるように。相違する場合は委任状が必要。

必ず請求事務の担当者名等を記載。空欄不可...

担当者 職 (担当) 受付 氏名 しまなみ 花子
電話番号 0898-36-1533