

別記様式第2号（第7条関係）

今治市高齢者の肺炎球菌感染症予防接種助成金等請求書

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○年度 7~9 月分の助成金等を助成券を添えて請求します。

請求金額 5,500 円

内 訳

区 分	単価 (円)	件数	金額 (円)
高齢者の肺炎球菌感染症予防接種助成金	1,000	5	5,000
事務手数料	110	5	550
合 計			5,550

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

担当者

職 (担当)

電話番号

受付

氏名

しまなみ 花子

0898-36-1533

必ず請求事務の担当者名等を記載。空欄不可。