

定期予防接種料金の請求書

年 月 日

池田市長様

保護者 住所
氏名 印
電話

下記のとおり予防接種を受けましたので、接種済証明(母子健康手帳の証明の写し等)および領収書(または写し)を添えて料金の請求をします。なお、その料金の支払いについては、下記の預金口座に振り込みをお願いします。振込と同時に料金を受領したものと認めます。

予防接種を受けた人			
生 年 月 日	年 月 日		
予 防 接 種 の 種 類			
予 防 接 種 の 接 種 日	年 月 日		
定期予防接種を受ける ことができなかった理由 (番号に○印)	1. 被接種者のかかりつけ医療機関が市外にあるため 2. 里帰り中の接種 3. 保護者のやむを得ない理由により() 4. その他()		
請 求 金 額	円		
振 込 口 座 (保 護 者 名 義)	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店 支所 出張所
	預金種目(番号に○印)	1. 普通	2. 当座
	口座番号		
	口座名義	(フリガナ)	
		(お名前)	
	ゆうちょ銀行	店番	
	預金種目(番号に○印)	1. 普通 2. 当座 3. その他()	
	口座番号		
	口座名義	(フリガナ)	
		(お名前)	