

A4サイズを使用

善通寺市長 様

令和 年 月 日

請求日を記入してください。  
(注)接種月の末日までに請求書を作成した場合、請求日は翌月にしてください。  
(例)接種月が1月の場合  
請求日:2月1日以降でおねがいします。

債権者 住 所  
医療機関名  
氏 名  
(代表者の職氏名)

下記のとおり請求します。

請求金額 円也

(ただし、令和 年 月分 ○○○○○○予防接種

請求書への押印について

□押印される場合

- ・請求書下部の「責任者氏名・担当者氏名・連絡先」の記載は不要です。
- ・債権者登録の代表者名の印鑑を使用する。
- ・文字が読めない、二重に押印している場合は不可となります。

□押印を省略する場合

- ・請求書下部の「責任者氏名・担当者氏名・連絡先」の記載が必要です。
- ・「責任者氏名」欄及び「担当者氏名」欄  
所属名・役職名・氏名(フルネーム)を記載
- ・「連絡先」欄  
固定電話としてください。  
固定電話を設置していない場合は、携帯電話番号をしてください。

予防接種名	単価	件数
○ ○ ○ ○ ○ ○	● ● ● 円	件
合 計		件
		円

人数の合計を記入

金額の合計を記入

責任者氏名  
担当者氏名  
連絡先

※請求者の押印(債権者登録の法人代表者印又は個人印)をされない場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載が必要です。