

請求書(令和6年度新型コロナワクチン用)
(令和 年 月分)

請求金額 円

(金額の前に¥マークを記載して下さい。)

	対象区分	(円) 委託単価	(件) 件数	(円) 小計
1	65歳以上	下記以外のもの	12,050	
2		生活保護等受給世帯又は 市民税非課税世帯	15,300	
3	政令で定める 60歳以上65歳未満	下記以外のもの	12,050	
4		生活保護等受給世帯又は 市民税非課税世帯	15,300	
5	中止予診料	950		

上記のとおり請求します。

(あて先) 静岡市長

年 月 日

所在地

医療機関 名称

代表者氏名

(相手方登録番号:)	医療機関コード	
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協	種別 普通・当座・その他()
	支店	口座 番号
コウザメイギ (通帳の記載通りに カタカナで御記入ください)		

請求書(令和6年度新型コロナワクチン用)

(令和 年 月分)

訂正不可

請求金額 **¥12,050** 円
(金額の前に¥マークを記載して下さい。)

¥マークを必ず記入

	対象区分	(円)	(件)	(円)
				計
1	65歳以上			
2	生活保護等受給世帯又は 市民税非課税世帯	15,300		
3	政令で定める 60歳以上65歳未満 下記以外のもの	12,050		
4	生活保護等受給世帯又は 市民税非課税世帯	15,300		
5	中止予診料			

請求金額、件数、小計金額、口座番号、口座名義等、
 いずれも修正不可です。
訂正印を用いての修正もできません。

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受給している世帯に属する方については、「生活保護等受給世帯又は市民税非課税世帯」の欄に記入してください。

上記のとおり請求します。

(あて先) 静岡市長
 年 月 日

日付を空欄にするか、請求月(接種月の翌月)の20日と記入してください。

記名をお願いします。
 医療法人の場合は、「理事長」の肩書を漏れなく記入してください。
押印は不要です。

医療機関	名称	医療機関コード番号をご記入ください。
静岡市と相手方登録している場合は番号を記入してください。相手方番号を記入した場合、金融機関情報は記入しないでください。	代表者氏名	該当欄を○で囲んでください。
(相手方登録番号:)	医療機関コード	
振込先金融機関	銀行	種別
	信用金庫	普通・当座・その他
	農協	支店
		口座番号
		該当欄を○で囲んでください。
コウザメイギ (通帳の記載通りにカタカナで御記入ください)	必ず通帳でカナ名義を確認してください。 (通帳表面漢字名義と異なる場合があります。)	
	請求者が法人の場合は法人の名義の口座を記入してください。	