

定期接種

医療機関様→健康政策課 健康づくりグループ行

令和7年度 インフルエンザ予防接種請求書(月分)

年 月 日

亀山市長様

医療機関名

住所

氏名



※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

次のとおり、請求します。

請求金額

円

<金融機関振込先>

銀行		支店
当座 ・ 普通	口座番号	
フリガナ 名義人		