

定期接種

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

印

※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		