|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | | | 請　　求　　書 | | |  | | |
| **令和　　年　　月　　日 　　　鹿屋市長　様**  **（ 健康増進課扱い）**  **下記の金額を請求します。**  **請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　円**    **住　所**    **氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**    **受領方法　　　　　　　１　口座振替　　 ２　窓口受領**  **＊番号に○印をつけてください。確認** | | | | | | | | |
|  | **請求内訳**  **令和　　年　　月分　新型コロナワクチン接種費等** | | | | | | |  |
| **区　分** | **種　類** | | **単　価**  **（税込み）** | **請求件数** | | **請求金額** |
| **別紙添付** |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| **合計金額　　　　　　　　　　　円** | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **口座振替申請書 　＊口座振替による受領を選択された場合は必ず記入してください。**  **下記口座に振り込んでください** | | | |
|  | **金融機関名** |  |  |
| **支　店　名** |  |
| **口座区分** | **１：普通　　　　　２：当座** |
| **口座番号** |  |
| **口座名義人** | **（ﾌﾘｶﾞﾅ）** |
|  | | | |