|  |
| --- |
|  |
|  | 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）** |
|  |