

請 求 書

金 額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。)

件 名

風しんの抗体検査及び風しんの5期の定期接種に係る契約（令和7年3月分）

希望する支払方法に☑を記入してください。

☒ 口座振込を希望します。

金融機関名	銀行										本店 支店				
預 金 種 別	普通・当座						口 座 番 号								
口 座 名 義 (カ ナ)															

(記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。)

☐ 現金受領を希望します。

☐ 隔地払（外国送金等）を希望します。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住所

医療機関名
代表者氏名

(あて先) 福岡市（区）長

(福岡市)

連絡先電話番号

※法人等の場合
担当者 部署・氏名

- (注) 1 金額と口座番号は、右づめで記入してください。
なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。
2 請求書の金額は、訂正できません。

R3.4改正