

鹿児島市長 殿  
市区町村番号

請求年月日 令和7年3月31日

4 6 2 0 1 2



住所 鹿児島市●●▲丁目●番●号

氏名・印 ●●法人 ●●会

理事長 鹿児島 太郎

押印を省略する場合は、記入してください。  
(担当者：氏名 桜島 太郎 電話 099-803-7023 )

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号： 1234567890

医療機関・健診機関名称： ●●病院

請求年月 2025年3月分

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に  
口座振替されるよう依頼します。

(金融機関コード)	1234	(支店名コード)	123
振込先	薩摩 銀行(金庫)	支店名	本店
預金種目	普通・当座・( )	口座番号	123456
(フリガナ)	マルマルホウジ ンマルマルカイリジ チョウカゴ シマタロウ		
口座名義人	●●法人 ●●会 理事長 鹿児島太郎		

	税込単価	件数	請求金額 (税込)
予防接種	通常	10,197円	1件 10,197円
	予診のみ	3,102円	件 円
	小計		1件 10,197円
合計		1件 10,197円	

消費税率 10%

受付印	確認			
	課長	係長	係	照合