

福井市長 様

医療機関の
所 在 地
名 称
代表者名
印

平成 21 年度 福井市新型インフルエンザのワクチンの実績報告
および実費負担に係る費用軽減事業補助金の代理受領請求書
(平成 2 1 年度 月分)

平成 21 年度 福井市新型インフルエンザワクチン接種の 月の実績を報告
するとともに、代理受領に関する契約書第 4 条の規定に基づき、下記のとおり
請求します。

記

- 1 請求額（代理受領総額）
- 円
- 2 接種実績
- 1 回目 人
- 2 回目 人
- 3 添付書類
- 通知書兼申込券
- 4 振込み先

名 称	銀行 信用金庫			
支 店	支店 本店			
貯金種別	1 普通	2 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義				

(注) 振込先欄は、最初の請求書を提出するときに記入してください。2 回目以降の請求時には記入は不要です。