

請求書・支払金口座振替依頼書（口座振替払用）

| 請求内訳 | 数量 | 単位 | 単価 | 金額 |
|---------------------------------|----|----|---------|---------|
| 新型コロナウイルスワクチン 接種体制負担金（〇月～〇月） | 6 | 月 | 150,000 | 900,000 |
| 以下余白 | | | | |

交付承認額と金額の整合を図って記入してください。
請求書は、上半期分（4～9月）、下半期分（10～3月）
の2枚提出が必要です。

注）※印は軽減税率（8%）適用商品

| | | | | | | | | | | | |
|------|-----|----|--|----|-----|---|---|---|---|---|---|
| 請求金額 | | 十億 | | 百万 | 9 | 千 | 0 | 0 | 0 | 0 | 円 |
| | %対象 | | | 円 | 消費税 | | | | | | 円 |
| | %対象 | | | 円 | 消費税 | | | | | | 円 |
| | %対象 | | | 円 | 消費税 | | | | | | 円 |
| | 合計 | | | 円 | 消費税 | | | | | | 円 |

（あて先）川崎市長
上記の金額を請求します。
次の口座へ振込みください。

交付決定より前の日付は記入しないでください。
令和 年 月 日

住所 川崎市〇〇区〇〇
氏名 医療法人 〇〇医院
院長 〇〇 〇〇

氏名は申請書（第1号様式）と同一の法人名及び
代表者名を記入してください。

（電話 044-***-****）
印

（フリガナ） ｲﾚｲﾁﾝ ﾏﾝ ﾏﾝ ﾏﾝ ﾏﾝ ﾏﾝ ﾏﾝ

申請書（第1号様式）と同じ
印鑑で押印してください。

登録番号 登録番号は記入不要です。

| | | | | | |
|-----|-----------------|----------|-------------------------------|------|-------|
| 振込先 | 〇〇〇銀行 〇〇〇 支店 | 預金種目 | 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | ***** |
| 受取人 | 住所 川崎市〇〇区〇〇 | 氏名 〇〇 〇〇 | 通帳をご確認の上、誤りのないよう 記載してください。 | | |
| | （フリガナ） 〇〇〇〇 〇〇〇 | | （電話 044-***-****） | | |

提出先 健康福祉局新型コロナウイルスワクチン調整室 課取扱分

付記 請求番号

発行元課 (健) 保健所新型コロナワクチン

上半期分（4～9月分）、下半期分（10～3月分）の2枚提出が必要になります。