

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（ 月～ 月）		月	150,000	
以下余白				

注）※印は軽減税率（8%）適用商品

請求金額		十億		百万	¥		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。 令和 年 月 日
次の口座へ振込みください。

住 所 川崎市
氏 名 _____ (電話 - -)
印

(フリガナ) _____

登録番号 _____

振込先	銀行	支店	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号
受取人	住 所	_____			
	氏 名	_____			
	(フリガナ)	_____ (電話 - -)			

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