

様式第2号

請求書（予防接種費）

令和 年 月 日

千葉県知事

様

所在地

施設名

（医療機関名）

代表者氏名

印

次のとおり請求します。

金	百万	十万	万	千	百	十	円

ただし、 年 月分児童福祉法による措置費

別紙内訳書のとおり

支払希望 金融機関名	銀行	支店
	預金種別	
	口座番号	
	口座名義	

（注） 1. 確定額による請求の場合に利用するものとする。

2. () 内は費目を記入するものとする。

様式第17号

予 防 接 種 費 請 求 内 訳 書

施設名	
里親名	

児 童 氏 名	予 防 接 種 名	診 療 期 間	金 額	備 考
合 計				

上記のとおり診療を受けたことを認証します。

令和 年 月 日

施 設 名

代 表 者 氏 名

(里親氏名)