

風しんの抗体検査・風しんの第5期定期接種に係る 費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

品川区長 あて

風しんの抗体検査・予防接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

依頼人	医療機関番号											
	フリガナ											
	医療機関名称 および 代表者氏名											
	医療機関 所在地											
※日中に連絡をとることができる電話番号 電話 ()												

公金は、下記口座へ振り込んでください。振込手続き終了の通知は不要です。

振込先口座	振込先 金融機関名					銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所				
	金融機関 コード (4桁)					支店 コード (3桁)					
	口座の種類	普通	当座	口座 番号							
	フリガナ										
	口座名義										

委任状（依頼人と口座名義が異なる場合に記入および押印してください）

年 月 日

私は上記口座名義人を代理人と定め、品川区より支払われる公金の受領の権限を委任します。

医療機関所在地

医療機関名称
および
代表者氏名

※依頼人と口座名義は同一にしてください。（完全に一致していないと、委任状欄への記入が必要）

※振込先の記載に誤りがあると助成金が振り込まれません。正確に記載してください。