

- こちらの書類は医療機関の指定する口座に接種費をお支払いするために必要なものです。
- 長崎市へ請求を初めてされる医療機関 又はすでに提出済みで口座情報の変更がある医療機関は請求書の提出と併せて提出をお願いします。

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の 請求及び受領に関する届

20 年 月 日 提出

長崎市長 御中

開設者（代表者） 住所
氏名

印

新型コロナウイルスワクチン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。

医療機関等番号			
フリガナ	TEL	—	
医療機関等名称	FAX	—	
郵便番号	—		
フリガナ	振込先	金融機関コード	
	支店名	支店コード	
所在地	預金種目	1：普通 2：当座	該当番号に○を付けて下さい。
	口座番号		右詰で記載して下さい。
フリガナ	フリガナ		
請求者	口座名義人※		
	届出理由（該当番号に○を付けて下さい。）	請求開始（変更）年月	旧医療機関等番号
1	新設	20 年 月 より	
2	請求者または口座名義人の変更		
3	振込先及び口座番号の変更		
4	その他（ ）		
備考			

代表印（請求書に使用される印鑑）をお忘れなく押印ください。

金融機関コード・支店コードのご記入をお忘れなくお願いします。

初回の提出時は「1」を○で囲んでください。

請求書の名義と振込口座の名義が異なる場合等、委任状が必要となります。

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。