

市使用欄

A類

B類

口座振替依頼書

【 新規 ・ 変更 】

年 月 日

豊中市長 あて

依頼者

医療機関 住所	
医療機関名	
管理医師名	印
電話	

令和（ ）年（ ）月振込分より （例）4月接種分は5月請求、6月振込です。

豊中市 健康危機対策課から受ける委託料を下記口座への振替を依頼します。

振 込 口 座	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 労金		フリガナ	☐ 普通 ☐ 当座 口座番号（右詰で記入）									
				☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出張所										
	ゆうちょ銀行 通帳記号 (5ケタ)	1				0	通帳番号（8ケタ）（右詰で記入）							
	口座名義	(フリガナ)												
		(氏名)												

※この依頼書の内容に変更があるときは、必ず以下の市担当までご連絡ください。

【提出先】豊中市保健所 健康危機対策課 ワクチン係 〒561-0881 豊中市中桜塚4-11-1 TEL : 06-6152-7329

市記入欄

取扱ワクチン

A類・風しん第5期・肺炎・带状疱疹・インフル・コロナ

総振入力 ☐ 済