

A類
B類
先天性風しん

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

豊中市（健康危機対策課）が実施する以下の事業の委託料について、下記の口座への振込を依頼します。（該当する事業に☑してください）

(ワクチン係)	(感染症対策係)
<input type="checkbox"/> A類予防接種事業	<input type="checkbox"/> 先天性風しん症候群予防のための風しん助成事業
<input type="checkbox"/> B類予防接種事業	<input type="checkbox"/> 結核委託健診事業

(注) 上記以外の事業にかかる振込口座の依頼は、別途、その事業を所管する部署へ申請してください。

▶振込口座

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金		フリガナ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			口座番号 (右詰で記入)			
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 〒561-0881 豊中市中桜塚4-11-1 (A類、B類予防接種) ワクチン係 TEL : 06-6152-7329 (先天性風しん、結核) 感染症対策係 TEL : 06-6152-7316

市記入欄

取扱事業	A類・風しん第5期・肺炎・带状疱疹・インフル・コロナ・先天性風しん・結核
------	--------------------------------------

※統合リストに載っていないくても、すべての総振シートを確認すること

総振入力	確認