

【健康危機対策課事業用】

口座振替依頼書

【 新規 ・ 変更 】

市使用欄

A類

B類

先天性風しん

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)
☐ A類予防接種事業	☐ 先天性風しん症候群予防のための風しん助成事業
☐ B類予防接種事業	☐ 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)	☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 労金		フリガナ	☐ 普通 ☐ 当座					
			☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 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