

令和 年 月 日

豊中市長 様

医療機関名称 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____
管理医師名 _____
担 当 者 名 _____

予防接種業務委託料振込通知書 発行依頼書

標記について、書面の振込通知が必要かつ Web による閲覧ができないため、以下のとおり振込通知の発行を依頼します。

1. Web による閲覧ができない理由(該当の□をチェックし、その他の場合は理由を記載してください。)
<input type="checkbox"/> パソコンやスマートフォンが使用できないため
<input type="checkbox"/> その他 (_____)
2. 希望する振込通知書(記載例を参考に、発行対象年月を記載してください。)
令和(____)年(____)月 ~ 令和(____)年(____)月の接種分
※発行対象年月に接種した全ての予防接種について、各月ごとに内容を記載します。
3. 希望する受取方法(該当の□をチェックしてください。)
<input type="checkbox"/> 郵送(要返信用封筒)
<input type="checkbox"/> 豊中市保健所で受領(要事前入電)

【対象年月の記載例】

- ・単月の場合：令和(8)年(4)月 ~ 令和(8)年(4)月接種分
- ・複数月の場合：令和(8)年(1)月 ~ 令和(8)年(12)月接種分
令和(8)年(4)月 ~ 令和(9)年(3)月接種分

【振込通知の受け取りについて】

本依頼書送付時に返信用封筒(110 円分の切手を貼付)を同封いただくか、豊中市保健所で受領(要事前入電)してください。

【振込通知の送付時期について】

依頼月の翌月末に発行

(例)令和 8 年 4 月中にあった依頼は、令和 8 年 5 月末に発行

【問合せ先】

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
電話:06-6152-7329 FAX:06-6152-7328