

# 「おおいた子育てほっとクーポン」請求書（ 月分）

金 額		十	万	千	百	十	円
-----	--	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。  
 上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行 信金 信組 農協	支店	当座 預金 普通	口 座 番 号 (右づめ)				
フリガナ							
口座名義							

令和 年 月 日

（あて先）九重町長 様

〒 \_\_\_\_\_ 住 所

医療機関・歯科医療機関

代表者名 \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

内 訳

（単位：円）

提供サービス	利用人数	クーポン 単価①	クーポン 利用枚数②	クーポン利用金額 (①×②)
インフルエンザ予防接種		500		
フッ素塗布		500		
合計		500		

※当該月の請求は、翌月の10日までに、利用者の所在市町村の児童福祉担当課に送付願います。

※添付書類：使用済みクーポン（裏面に「利用年月日」、「受領機関（者）名」を記入）