定期予防接種(風しん第5期)請求書

磐田市 健康増進課 御中

令和 年 月 実施分 の予防接種料金を下記のとおり請求する。請求日：令和 年 月 日

(注1) 接種月の翌月 10 日までの日付を記載。

医療機関			
代表者名			
所在地			
担当者名		電話番号	

(注2) 代表者名・振込先等が変更となる場合は、事前に健康増進課へ連絡すること。

振込先	金融機関		支店名	
	口座種別		口座番号	
	口座名義人(カナ)			

請求額及び明細

種類	件数(件) 百 十 一	市支払い額(円)					金額(円)						
		万	千	百	十	一	百万	十万	万	千	百	十	一
風しん【MRワクチン】		¥	1	0	7	8	1	¥					
風しん【単独ワクチン】		¥		7	1	8	4	¥					
非接種判定料		¥		2	2	0	0	¥					
請求額(円)							¥						

(注3) 請求額は訂正印による修正不可。(注4) 消えないインクのボールペンで記載すること。

日付印	担当者印

※上記欄は磐田市で記入