

請求年月日 令和 年 月 日

中央市長 様

住 所 _____
代表者氏名 _____
電 話 番 号 () _____

中央市風しん追加的対策（第5期予防接種）の特例接種 請求書

医療機関・健診機関番号 _____
医療機関・健診機関名称 _____
請求年月 令和 年 月分

風しんの追加的対策の特例接種に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に口座振替されるよう依頼します。

(金融コード)		(支店名コード)	
振込先		支店名	
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

		請求件数	金 額 (税込単価)	請求金額
予防接種	通常(MR混合)		9,614円	
	通常(風しん単抗原)		6,985円	
	予診のみ		3,267円	
	合計		—	

消費税率 10 %

【添付書類】
予診票／予防接種費免除券