様式第2号（第8条関係）

大人の風しん予防接種費用請求書

年 月 日

_____ 長 様

住 所
医療機関名
代表者名

㊞

次のとおり____月分を請求します。

請 求 金 額	円
---------	---

内 訳

区 分		単価（円）	件数（件）	金 額（円）
風しん単独ワクチン		3,000 円		円
麻しん風しん混合（MR）ワクチン		5,000 円		円
生活保護受給者	単独ワクチン	円		円
	混合ワクチン	円		円
計				円

*予診票原本を添付してください。

振込金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店・支所
金融機関コード	金融機関コード番号	店舗コード番号	
預金の種別	普通	当座	その他
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

注：記載事項に誤りがある場合、口座振替ができなくなりますので、御注意ください。