

令和 年 月 日

嘉麻市長 様

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

(単位：円・件)

ワクチン名	種別	単価	件数	請求金額
MR ワクチン	一般	6, 0 0 0		
	減免	1 0, 1 5 8		
風しん 単抗原ワクチン	一般	6, 0 0 0		
	減免	6, 5 9 4		
合 計				

(振込先金融機関)

銀行				支店	口座名義人
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号	フリガナ 氏 名		

※予診票と一緒に翌月 10 日までに提出してください。

提出先 ㊦ 8 2 0 - 0 5 9 2 嘉麻市上臼井 4 4 6 番地 1

嘉麻市役所 子育て支援課 母子保健係 ☎0948-62-5715