

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

令和 7 年度
嘉麻市麻しん風しん予防接種（第 5 期）
実績報告書兼請求書
（ 月分）

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	単価	件数	請求金額
MR ワクチン	1 0 , 1 5 8		
風しんワクチン	6 , 5 9 4		
不可問診	3 , 2 2 8		

* 令和 7 年度以降に抗体検査を受けた場合は対象外です。

* 原則 **MR** ワクチンでの接種をお願いします。

(振込先金融機関)

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

※予診票と一緒に翌月 1 0 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 ☎ 0 9 4 8 - 6 2 - 5 7 1 5