

(様式第1号)

令和 年 月 日

令和8年度
嘉麻市風しん予防接種助成事業
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	種別	単価	件数	請求金額
MRワクチン	一般	6,000		
	減免	10,197		
風しん 単抗原ワクチン	一般	6,000		
	減免	6,633		
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 〒820-0592 嘉麻市上臼井446番地1

嘉麻市役所 子育て支援課 母子保健係 ☎0948-62-5715