

(様式第1号)

令和 年 月 日

令和8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  | 10,197 |    |      |
| 風しんワクチン | 6,633  |    |      |
| 不可問診    | 3,267  |    |      |
|         |        |    |      |

- \*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   |      |      | 支店 | 口座名義人 |
|------|------|------|----|-------|
| 預金種目 | 普通預金 | 口座番号 |    | ツガナ   |
|      | 当座預金 |      |    | 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