令和６年６月以降実施分　請求用

（様式第１号）

年　　月　　日

令和６年度
桂川町風しん予防接種助成事業
実績報告書兼請求書
（　　月分）

桂川町長　　殿

所　在　地
医療機関名
※代表者名　　印
電話番号

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

ワクチン名	種別	単価	件数(件)	請求額(円)
ＭＲワクチン	一般	６，０００円		
	減免	１０，１３１円		
風しん 単抗原ワクチン	一般	６，０００円		
	減免	６，５６７円		
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 貯蓄預金	口座番号		ﾌﾘｶﾞﾅ 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　〒820-0693　　桂川町大字土居 361　　桂川町総合福祉センター

☎　０９４８－６５－０００１