

(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
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

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	10,065円		
風しん 単抗原ワクチン	一般	6,000円		
	減免	6,501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			カガナ 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 〒820-0693 桂川町大字土居 361

桂川町総合福祉センター

☎ 0948-65-0001