

# 予防接種委託料請求書 (風しん第5期)

年 月 日

(宛先) 周南市長

医療機関所在地  
(請求者) 法人名  
医療機関名  
代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

予防接種種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
MR(麻しん風しん混合)5期		11,495	
風しん(単抗原)5期		7,953	
予診の結果不接種		825	
計			

年 月実施分について、上記のとおり請求いたします。

(注意)

- ・請求書の内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。(砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- ・金額の訂正はできませんので、再作成してください。
- ・貴院が記入した件数と市が確認した件数が異なった場合、訂正した内容を記入してお送りしますので、再度ご提出ください。

担当者及び連絡先 ※代表者印を省略される場合は記載が必要です。

担当者名： (連絡先： )