

様式第4号（第8条関係）

みなかみ町風しん予防接種費用助成金請求書

平成 年 月 日

みなかみ町長 様

所在地

医療機関名

代表者名

㊤

みなかみ町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、予防接種を実施しましたので予診票を添付し、下記のとおり請求いたします。

記

1. 請求金額 円

2. 請求内訳

種別		実施者数	単価	金額	摘要
風疹	一	単抗原	人	5,000 円	円
	般	MR	人	5,000 円	円
	生	単抗原	人	6,150 円	円
	保	MR	人	9,560 円	円

3. 振込先

金融機関名	
本・支店名	本店 ・ 支店
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
ふりがな	
口座名義	