様式第3号（第10条関係）

風しん予防接種費用請求書

　産山村長　市原　正文　様

医療機関所在地

医療機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　平成　　　年　　　月分について、下記のとおり請求します。

平成　　年　　月　　日

**金　　　　　　　　　　円**

■　　　月分実績報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 単価 | 件数 | 計 |
| 風しん単独ワクチン | ８，５００円 |  | 円 |
| 麻しん・風しん混合ワクチン | １１，９００円 |  | 円 |
| 合計 |  | 円 |