

令和4年度 風しん予防接種助成事業報告書
(月分)

飯塚市長
子育て支援課

殿

住所
医療機関名
代表者氏名
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、下記のとおり報告します。

記

ワクチン名	種別	1件あたりの料金	件数	備考
MRワクチン	一般	6,000円		
	減免	10,043円		
風しん単抗原ワクチン	一般	6,000円		
	減免	6,479円		
合 計				

※提出先 〒820-8501 飯塚市新立岩5番5号（本庁舎1階） 飯塚市 子育て支援課

☎ 0948-43-3305

令和4年度 風しん予防接種助成事業請求書
(月分)

飯塚市長
子育て支援課

殿

住所
医療機関名
代表者氏名
電話番号

印

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	1件あたりの料金	件数	請求額	備考
MR ワクチン	一般	6,000円		円	
	減免	10,043円		円	
風しん単 抗原ワクチン	一般	6,000円		円	
	減免	6,479円		円	
合 計				円	

※提出先 〒820-8501 飯塚市新立岩5番5号（本庁舎1階） 飯塚市 子育て支援課

☎ 0948-43-3305

振込先

金融機関			口座名義人
銀行	本店	フリガナ) 名義)	
信用金庫	支店		
信用組合	支所		
農業協同組合	出張所		
預金種目	普通 当座 貯蓄	口座 番号	

令和4年度 風しん予防接種助成事業報告書
(月分)

飯塚市長
子育て支援課

殿

捨印

住所、医療機関名、代表者氏名、電話番号を記入してください。
※押印は代表者印(理事長印、院長印等)か代表者個人印(認印可、シャチハタ不可)
※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)

住所
医療機関名
代表者氏名
電話番号

印

添

ので、下記のとおり報告します。

記

ワクチン名	種別	1件あたりの料金	件数	備考
M	一般	6,000円		
風しん単抗原ワクチン	一般	6,000円		
	減免	6,479円		
合計				

件数を記入してください。
※件数の訂正がある場合、修正液は不可、訂正印は可能ですが代表者印と同じ印でお願いします。

※実施報告書は予診票を添付の上、翌月10日までに
ご提出ください。
※実施報告書の件数と合っているかご確認ください。

※提出先 〒820-8501 飯塚市新立岩5番5号(本庁舎1階) 飯塚市 子育て支援課

☎ 0948-43-3305

令和4年度 風しん予防接種助成事業請求書
(月分)

飯塚市長 殿
子育て支援課

住所
医療機関名
代表者氏名
電話番号

住所、医療機関名、代表者氏名、電話番号を記入してください。
※押印は代表者印(理事長印、院長印等)か代表者個人印(認印可、シャチハタ不可)
※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)
※実施報告書と同じ印鑑を使用してください。

印

ワクチン名	種別	1件あたりの料金	件数	請求額	備考
風しん単抗原ワクチン	一般				
	減免				

件数、請求額、合計を記入してください。
※請求額は単価×件数の金額を記入してください
※件数と請求額に訂正がある場合、修正液は使用不可。代表者印と同一の印で訂正してください。
※実施報告書と同じ件数になるように注意してください。

※合計金額の欄は、修正液及び訂正印での修正ができません。
間違えた場合は書き直しとなります。
※手書きの場合は金額の頭に「¥」が必要です。
(事前に印字している場合は不要)

※実施報告書の件数と合っているかご確認ください。

※提出先 〒820-8501 飯塚市新立岩5番

振込先

金融機関

銀行
信用金庫
信用組合
農業協同組合

振込先を記入してください。
※請求者と振込先名義人は同一に記載してください。
※請求者と振込先名義人が違う場合は委任状が必要になりますので、別紙委任状を年度当初に1枚提出してください。
※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)

預金種目	普通 当座 貯蓄	口座 番号
------	----------------	----------