

令和 年 月 日

令和8年度 風しん予防接種助成事業 請求書
(月分)

飯塚市長
健幸保健課 地域保健係

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(円)	件数	請求額(円)	備考
MRワクチン	一般	6,000			
	減免	10,197			
風しん単抗原 ワクチン	一般	6,000			
	減免	6,633			
合 計				¥ 円	

※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523番地(穂波庁舎) 飯塚市 健幸保健課 地域保健係

☎ 0948-96-8615

振込先

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

捨印

令和8年度 風しん予防接種助成事業 請求書
(月分)

飯塚市長
健幸保健課 地域保健係

住所 飯塚市〇〇〇

医療機関名 医療法人〇〇〇 〇〇医院

代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇 印

電話番号 0948-〇〇-〇〇〇〇

印鑑は、代表者印(理事長印、院長印等)または
代表者個人印(認印)
※顔料系以外のシャチハタタイプ印は不可

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(円)	件数	請求額(円)	備考
	一般	6,000			
<p>・「単価×件数＝請求額」</p> <p>・訂正印で修正可(訂正印は代表者印と同一)</p>					
風しん単抗原 ワクチン	一般	6,000			
	減免				
合 計			件	¥ 円	

・修正不可(×訂正印)
間違えた場合は書き直しをお願いします。
・手書きの場合は金額の頭に「¥」が必要です。

振込先を記入

- ・請求者と振込先名義人が違う場合は委任状が必要
- ・修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)

飯塚市 健幸保健課 地域保健係
48-96-8615

金融機関			口座名義人	
〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	〇〇	本店 支店 支所 出張所	フリガナ) イ)〇〇イイン 名義)
預金種目	普通 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	医療法人〇〇医院