

令和8年度(令和8年4月～令和9年3月接種分)

A類 定期接種請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月接種分)

(あて先)松阪市長 様

所在地 〒

医療機関(請求者) 名称
役職名(必須)・代表者名
電話番号
インボイス制度登録番号

予防接種法による予防接種を下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

Table with 5 columns: 種類, 回数, 委託料×, 件数=, 金額. Rows include 口タ1価, 口タ5価, B型肝炎, 肺炎球菌, 五種混合, BCG, M R.

Table with 5 columns: 種類, 回数, 委託料×, 件数=, 金額. Rows include 水痘, 日本脳炎, DT, HPV9価, RSウイルス, 予診のみ.

●その他(記入してください)

Table with 5 columns: 種類, 回数, 委託料×, 件数=, 金額. Empty table for additional entries.

Table with 2 columns: 合計, 円. Summary row for the first table.

Table with 2 columns: 内消費税10%, 円. Summary row for the second table.

次の場合は□に✓を入れ、口座を記入してください。 □ 今年度予防接種を初めて請求 □ 前回請求時から変更あり

金融機関名 支店名 口座種別

振込先

口座番号

フリガナ

口座名義

市検収

※各月の締め切りは10日(土・日・祝日と重なる場合は翌開庁日)16時30分必着です。

※請求印は省略可です。押印時は同じ印と二重線、省略時は二重線のみで訂正してください。合計は訂正不可のため、書き直してください。