

令和7年度(令和7年4月～令和8年3月接種分)

任意接種助成

おたふくかぜワクチン接種費用助成金請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月分)
(あて先)松阪市長 様

〒
所 在 地

医療機関(請求者) 名 称

役職名・代表者名

電 話 番 号

おたふくかぜワクチン接種費用助成対象者に予防接種を実施いたしましたので、
接種費用の助成金を下記のとおり請求いたします。

項目	委託料	×	件数	=	金額
おたふくかぜワクチン	2,500 円		件		円

合 計	円
-----	---

以下の場合は□に✓を入れてください。
☐ 今年度予防接種を初めて請求(記入してください) ☐ 変更あり(記入してください)

振 込 先 銀行・JA・信用金庫 本店・支店・出張所 普通・当座

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)17時15分必着とします。
※訂正がある場合、請求者印を押印したときは請求者印で訂正してください。請求者印を省略したときは二重線で訂正してください。ただし、合計金額の訂正はできません。