第4号様式

大阪市風しんワクチン接種費用請求書

平成　　年　　月　　日

（提出先）大　阪　市　長

（請求者）所　　在　　地　〒　　－

（郵便番号は必ず記入してください）

医 療 機 関 名 称

開設者又は代表者　　印

電　話　番　号

（必ず記入してください）

次のとおり請求します。

請求金額　　金 □,□□□,□□□ 円

請求金額内訳

麻しん風しん混合ワクチン（MR）	□□□ 件 × @（①と②のうち低い金額） 円 ＝ □□□,□□□ 円
風しん単独ワクチン	□□□ 件 × @（①と②のうち低い金額） 円 ＝ □□□,□□□ 円

請求単価確認欄

①接種医療機関設定単価

麻しん風しん混合ワクチン（MR）	□□,□□□ 円
風しん単独ワクチン	□□,□□□ 円

②助成上限額

麻しん風しん混合ワクチン（MR）	10,011 円
風しん単独ワクチン	6,317 円

上記請求金額内訳の単価は、①及び②のうち低い金額となります。

［注　意］
・枠内にはっきりご記入ください
・大阪市風しんワクチン接種券を添付してください。
・本市への請求書の提出は平成31年3月31日までにお願いいたします。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

銀行	支店	普通 ・ 当座
口座番号（右詰めでお書きください）		
フリガナ		
口座名義人		