

令和7年度
大阪市風しんワクチン接種助成金請求書

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

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(MR)ワクチン	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(MR)ワクチン	, 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(MR)ワクチン	10, 351 円
風しん単独ワクチン	6, 809 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、接種月の翌月10日(但し、3月接種分については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							

令和7年4月