

令和8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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 件 × @ <input type="text"/> (①と②のうち低い金額) 円 = <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円
風しん単独ワクチン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 件 × @ <input type="text"/> (①と②のうち低い金額) 円 = <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円
風しん単独ワクチン	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>	
口座名義人	<input type="text"/>	