

医療機関コード  
姫路市長様

請求日

年 月 日

医療機関等名称

住所

開設者(代表者)職・氏名

電話番号

発行責任者職・氏名

担当者氏名

メールアドレス

## 任意予防接種助成事業実施報告書 兼 請求書

事業実施月

令和

年

月

複数月の実施をまとめて提出する際も一枚にまとめること。

## 1 姫路市民への実施数

		単価	実施件数(人)	金額(税込)
風 し ん	抗体検査	4,768円		
	予防接種	5,000円		
	小計			
おたふく		3,000円		
带状疱疹		4,000円		
総計				

&lt;お願い&gt;

助成券は、各種類ごとにそろえて提出してください。