様式第２号

【　　　　】

**【任意】千葉市麻しん風しん混合ワクチン**

**任意予防接種費用助成実施報告書兼請求書**

**（ 　　　　　年度用 ）**

**（　　　 　　年　　月実施分　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　積　算　区　分 | 人　数　　（人） | 単　価　　（円） | 　　　　　（円） |
| 接種者数（風しん対策） | A | 9,782円 | B |
| 接種者数（麻しん対策） | A | 9,782円 | B |

　　　※単価は、消費税を含む。

　年　　　月分　千葉市麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成

A**件**

B**円**

上記のとおり報告（請求）します。

千 葉 市 長　 様

　　年　 月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 　医 師 名 印