請求書　　10,500 枚

風しん任意予防接種受託報酬請求書
（令和８年６月～令和９年３月接種用）

（宛　先）
京都市長

年　　月　　日

コード番号

医療機関所在地
（法人の場合は法人所在地）

名　称

氏　名

下記のとおり請求します。

年　　月分　　請求金額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

区　　分	件　　数	単　　価	金　　額
風しん任意予防接種 **【MRワクチン】** （サーモン色）		7,000円	
風しん任意予防接種 **【風しん単独ワクチン】** （サーモン色）		4,609円	

08.06