

# 風しん抗体検査・予防接種助成事業請求書(イ:助成事業用)

豊中市長 様

請求金額	円
------	---

上記のとおり請求します。( 令和 年 月分)

年 月 日

住 所

医療機関名

氏 名

印

## 実績報告書

		単価(消費税込)	請求件数	合計(請求件数×単価)
抗体検査	HI法	5,423		
	EIA法	6,952		
	ELFA法	6,952		
	LTI法	5,423		
	CLEIA法	6,952		
	FIA法	6,952		
	CLIA法	6,952		
	抗体検査の合計 ①			
予防接種	接種(麻しん風しん混合ワクチン)	10,285		
	予診のみ	3,190		
	予防接種の合計②			
合計(請求金額)				①+②

- \* 氏名の押印欄には必ず個人印を押印してください。
- \* 訂正は訂正箇所に二重線を引き氏名欄と同一印を押印してください。
- \* 請求書は医療機関でコピーを取って保存してください。

**！注意！★予防接種予診票には抗体検査の結果(写)を必ず添付してください。**

**★記入漏れや添付漏れがあった場合は、一旦すべての書類を返却し、再提出していただきます。**