

令和8年度

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

電話番号

氏 名

(訂正がない場合は押印不要)

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			①
予防接種	接種(麻しん風しん混合ワクチン)	10,351		
	予診のみ	3,223		
	予防接種の合計②			②
合計(請求金額)				①+②

- * 訂正がある場合は訂正箇所にも二重線を引き、管理医師の氏名印を「氏名欄」と「訂正箇所」に押印してください。
- * 請求書の控えは医療機関でコピーを取って保存してください。
- * 口座情報に変更があるときは、必ず以下の市担当までご連絡ください。

！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。
請求に不備が無いようご提出前に必ず確認をお願いいたします。