

令和7年度

三種混合予防接種請求書

下松市長様

(金額頭部に¥を記入)				万	千	百	十	円
請求金額								

(消費税10%含む)

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

(R7.4月～R8.3月)

令和 年 月 日

登録番号

医療機関所在地

(法人名)

医療機関名

代表者名

(請求内訳)

種目	単価	件数	合計
三種混合	8,679円		
予診のみ	4,510円		
合計			
内消費税(消費税10%)			

担当者名

※担当者名と連絡先を必ずご記入ください。

連絡先

担当者処理欄

証明

