

菰野町長 宛

市区町村番号

2	4	3	4	1	8
---	---	---	---	---	---

住所：
代表者氏名：
電話番号：

印

令和8年度 風しんワクチン予防接種委託料請求書

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月

令和 年 月分

		請求件数	請求金額 (税込)
予防接種	麻しん風しん混合ワクチン		
	風しんワクチン		
	予診のみ		
	小計		
合計			

消費税率	#REF!	%
------	-------	---