

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7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	10	%
------	----	---