

風しん・MR 予防接種実施報告書兼請求書

- ◇助成対象者： 19歳以上の市民で抗体検査により検査値が低値であると判明している方のうち、次のいずれかに該当する方
- ・妊娠を予定または希望している49歳以下の女性とその夫
 - ・妊娠している女性の夫

（ 年 月分）

	人数	算出	請求金額
風しん	助成対象者 名	× 3,000 円	円
	対象外 名		
MR	助成対象者 名	× 5,000 円	円
	対象外 名		
請求金額合計			円

上記のとおり報告・請求いたします。

令和 年 月 日

下野市長 様

医療機関名

医師名

印

【振込先】金融機関

銀行

支店

口座番号 普通

口座名義