

# 令和8年度 おたふくかぜワクチン任意接種事業実施報告書

令和 年 月 日

令和 年 月分

医療機関コード	
医療機関名	

請求金額	円
------	---

事業名	実施区分		件数	単価(税込)	金額
おたふくかぜワクチン 任意接種事業	予防接種	1歳～ 小学校就学前	件	7,000円	円
合計(税込)					円

医療機関住所： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ ご担当者名： \_\_\_\_\_

- ・毎月8日までに前月実施した予診票を取りまとめ、港区医師会へ提出してください。
- ・任意予防接種助成事業と合算して一括で振込いたします。
- ・「任意接種予診票」は、複写式各票の1枚目「請求用」を提出してください。

	担当者	処理日	備考
区処理欄			