

富士吉田市長 様 道志村長 様
西桂町長 様 忍野村長 様
山中湖村長 様 鳴沢村長 様
富士河口湖町長 様

請求年月日 令和 年 月 日

医院所在地

代表者氏名

電話番号

印

風しん対策 市区町村別請求書

請求年月 (令和 年 月分)

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に
口座振替されるよう依頼します。

(金融コード)		(支店名コード)	
振込先		支店名	
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

		請求件数	請求金額 (税込単価)	小計
予防接種	通常 (MR混合)		9,713	
	風しん		7,900	
	予診のみ		2,860	
合計			請求合計額 (税込金額)	
			税率10%対象 (税抜金額)	
			消費税額	

風しんの追加的対策の延長対象は以下の2点に当てはまる方です

- ・昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性
- ・令和6年度末までに抗体検査を実施し、風しんの抗体が不十分な方

(注) 令和7年度以降、抗体検査を実施した方は対象外