

年 月 日

（宛先）高松市長

領 収 確 認 書

三種混合
おたふくかぜ の任意予防接種費用として、次のとおり領収したことを確認します。

確認者 住所 _____

医療機関名 _____

代表者氏名 _____ ④

記

被 接 種 者 氏 名	
被 接 種 者 生 年 月 日	年 月 日
予 防 接 種 の 種 類	三種混合 ・ おたふくかぜ
接 種 年 月 日 (領 収 年 月 日)	年 月 日
領 収 金 額 (予 防 接 種 料 金)	円