

令和6年度 高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書兼請求書  
( 月分)

嘉麻市長 赤間 幸弘 様

住所

医療機関名

代表者氏名

電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

区分	年齢	回数	1件あたりの料金	件数	請求額	備考
一般世帯	65歳以上	バイアル: 1回	3,626円	件	円	
		シリンジ: 1回	3,835円	件	円	
	60~64歳 <small>(心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で障がい1級程度)</small>	バイアル: 1回	3,626円	件	円	
		シリンジ: 1回	3,835円	件	円	
生活保護世帯	65歳以上	バイアル: 1回	5,126円	件	円	
		シリンジ: 1回	5,335円	件	円	
	60~64歳 <small>(心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で障がい1級程度)</small>	バイアル: 1回	5,126円	件	円	
		シリンジ: 1回	5,335円	件	円	
市民税非課税世帯	65歳以上	バイアル: 1回	5,126円	件	円	
		シリンジ: 1回	5,335円	件	円	
	60~64歳 <small>(心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で障がい1級程度)</small>	バイアル: 1回	5,126円	件	円	
		シリンジ: 1回	5,335円	件	円	
接種不可者 (65歳以上及び60~64歳の1回目)			3,201円	件	円	
合 計				件	円	

振込先

金融機関			口座名義人	
銀行	本店		フリガナ)  名義)	
信用金庫	支店			
信用組合	支所			
農業協同組合	出張所			
預金種目	普通 当座 貯蓄	口座 番号		

※予診票と一緒に翌月10日までに提出ください。

提出先 〒820-0292 嘉麻市岩崎1180番地1 嘉麻市役所健康課健康推進係