

令和7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 | 3,653円   | 件  | 円   |    |
|                              |                                       | シリンジ:1回 | 3,862円   | 件  | 円   |    |
|                              | 60～64歳<br>(心臓・腎臓・呼吸器等<br>の疾患で障がい1級程度) | バイアル:1回 | 3,653円   | 件  | 円   |    |
|                              |                                       | シリンジ:1回 | 3,862円   | 件  | 円   |    |
| 生活保護世帯                       | 65歳以上                                 | バイアル:1回 | 5,153円   | 件  | 円   |    |
|                              |                                       | シリンジ:1回 | 5,362円   | 件  | 円   |    |
|                              | 60～64歳<br>(心臓・腎臓・呼吸器等<br>の疾患で障がい1級程度) | バイアル:1回 | 5,153円   | 件  | 円   |    |
|                              |                                       | シリンジ:1回 | 5,362円   | 件  | 円   |    |
| 市民税非課税世帯                     | 65歳以上                                 | バイアル:1回 | 5,153円   | 件  | 円   |    |
|                              |                                       | シリンジ:1回 | 5,362円   | 件  | 円   |    |
|                              | 60～64歳<br>(心臓・腎臓・呼吸器等<br>の疾患で障がい1級程度) | バイアル:1回 | 5,153円   | 件  | 円   |    |
|                              |                                       | シリンジ:1回 | 5,362円   | 件  | 円   |    |
| 接種不可者<br>(65歳以上及び60～64歳の1回目) |                                       |         | 3,228円   | 件  | 円   |    |
| 合 計                          |                                       |         |          | 件  | 円   |    |

振込先

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