

令和8年度 高齢者帯状疱疹予防接種実施報告書兼請求書  
( 月分)

嘉麻市長 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・70・75・80・ 85・90・95・ 100歳	(生)ビケン:1回	5,992円	件	円	
		(組換え) シングリックス:1回	15,192円	件	円	
	60~64歳 (ヒト免疫不全ウイルスに よる免疫の機能の障害 があり日常生活がほとん ど不可能な方)	(生)ビケン:1回	5,992円	件	円	
		(組換え) シングリックス:1回	15,192円	件	円	
生活保護世帯	65・70・75・80・ 85・90・95・ 100歳	(生)ビケン:1回	8,492円	件	円	
		(組換え) シングリックス:1回	21,692円	件	円	
	60~64歳 (ヒト免疫不全ウイルスに よる免疫の機能の障害 があり日常生活がほとん ど不可能な方)	(生)ビケン:1回	8,492円	件	円	
		(組換え) シングリックス:1回	21,692円	件	円	
市民税非課税世帯	65・70・75・80・ 85・90・95・ 100歳	(生)ビケン:1回	8,492円	件	円	
		(組換え) シングリックス:1回	21,692円	件	円	
	60~64歳 (ヒト免疫不全ウイルスに よる免疫の機能の障害 があり日常生活がほとん ど不可能な方)	(生)ビケン:1回	8,492円	件	円	
		(組換え) シングリックス:1回	21,692円	件	円	
接種不可者			3,267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

☎0948-42-7430