

令和 年 月 日

令和8年度高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書兼請求書

(R8.6月実施分以降)

( 月分)

嘉麻市長 様

所在地  
医療機関名  
管理者  
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。

|                             | 種 別      | 1 件あたりの料金 | 件 数 | 請求金額 |
|-----------------------------|----------|-----------|-----|------|
| 65歳                         | 一 般      | 8, 293円   |     |      |
|                             | 生活保護世帯   | 11, 693円  |     |      |
|                             | 市民税非課税世帯 | 11, 693円  |     |      |
| 60～64<br>歳<br>まで<br>※       | 一 般      | 8, 293円   |     |      |
|                             | 生活保護世帯   | 11, 693円  |     |      |
|                             | 市民税非課税世帯 | 11, 693円  |     |      |
| 接種不可者<br>(65歳、60～64歳の 1 回目) |          | 3, 333円   |     |      |
| 合 計                         |          |           |     |      |

※60～64歳は心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能の疾患で障がい 1 級程度の者

(振込金融機関)

| 銀行               |                      | 支店               |  | 口座名義人       |
|------------------|----------------------|------------------|--|-------------|
| 預<br>金<br>種<br>目 | 普通預金<br>当座預金<br>貯蓄預金 | 口<br>座<br>番<br>号 |  | フリガナ<br>氏 名 |

※予診票と一緒に翌月 1 0 日までに提出してください。

提出先 〒820-0292 嘉麻市岩崎 1 1 8 0 番地 1 嘉麻市役所健康課健康推進係

☎ 0 9 4 8 - 4 2 - 7 4 3 0