

令和8年度 高齢者带状疱疹予防接種実施報告書兼請求書
(月分) (R8.6月実施分以降)

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	6,058円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	15,258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	6,058円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	15,258円	件	円	
生活保護世帯	65・70・75・80・85・90・95・100歳	(生)ビケン:1回	8,558円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,758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	8,558円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,758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	8,558円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,758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	8,558円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,758円	件	円	
接種不可者			3,333円	件	円	
合 計				件	円	

振込先

金融機関				口座名義人
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				本店 支店 支所 出張所 フリガナ) 名義)
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