

令和 年 月 日

令和5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)

飯塚市長 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歳以上	バイアル:1回	3,560円	件	¥	円
		シリンジ:1回	3,769円	件	¥	円
	60~64歳 (心臓・腎臓・呼吸器等 の疾患で障がい1級程 度)	バイアル:1回	3,560円	件	¥	円
		シリンジ:1回	3,769円	件	¥	円
生活保護世帯	65歳以上	バイアル:1回	5,060円	件	¥	円
		シリンジ:1回	5,269円	件	¥	円
	60~64歳 (心臓・腎臓・呼吸器等 の疾患で障がい1級程 度)	バイアル:1回	5,060円	件	¥	円
		シリンジ:1回	5,269円	件	¥	円
市民税非課税世帯	65歳以上	バイアル:1回	5,060円	件	¥	円
		シリンジ:1回	5,269円	件	¥	円
	60~64歳 (心臓・腎臓・呼吸器等 の疾患で障がい1級程 度)	バイアル:1回	5,060円	件	¥	円
		シリンジ:1回	5,269円	件	¥	円
接種不可者 (65歳以上及び60~64歳の1回目)			3,168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 〒820-8605 飯塚市忠隈523 飯塚市役所感染症対策室 ☎0948-22-0380