

令和8年度 高齢者帯状疱疹予防接種請求書  
( 月分)

飯塚市長  
健幸保健課 地域保健係

住所  
医療機関名  
代表者氏名  
電話番号

印

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(円)	件数	請求額(円)	備考
一般世帯	65・70・75・ 80・85・90・ 95・100歳	(生)ビケン:1回	5,992			
		(組換え)シングリックス:1回	15,192			
	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			
		(組換え)シングリックス:1回	15,192			
生保・非課税	65・70・75・ 80・85・90・ 95・100歳	(生)ビケン:1回	8,492			
		(組換え)シングリックス:1回	21,692			
	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			
		(組換え)シングリックス:1回	21,692			
接種不可者			3,267			
合 計				件	¥	円

※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523(穂波庁舎) 飯塚市 健幸保健課 地域保健係

☎ 0948-96-8615

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	口座番号	

令和8年度 高齢者带状疱疹予防接種請求書  
( 月分)

飯塚市長  
健幸保健課 地域保健係



住所  
医療機関名  
代表者氏名  
電話番号

印

住所、医療機関名、代表者氏名、電話番号を記入してください。  
※押印は代表者印(理事長印、院長印等)か代表者個人印(認印可、顔料系以外のシャチハタタイプ印は不可)  
※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)  
※法人格を有する場合、法人名及び代表者の役職もあわせて記載してください。

記

区分	年齢	回数	1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
一般世帯	65・80・95		92			
	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みられない)	(生)ビケン:1回	5,992			
			15,192			
			8,492			
	活がほとんど不可能な方)	(細粒)シングリックス:1回				
	接種不可者		3,267			
合計				件	¥ 円	

件数、請求額、合計を記入してください。  
※請求額は単価×件数の金額を記入してください  
※件数、請求額は修正液は不可。訂正がある場合は、代表者印と同一の印で訂正してください。

シングリックスについては、2回接種のため同一人の接種1回ごとに算定してください。  
(例) Aさん シングリックス接種の場合  
1回目 当日、体調不良のため接種不可。請求書には接種不可1件で算定し請求。その後、体調回復して接種。  
2回目 当日、体調不良のため接種不可。請求書には接種不可1件で算定し請求。その後、体調回復して接種。

※合計金額の欄は、修正液及び訂正印での修正ができません。  
間違えた場合は書き直しとなります。  
※手書きの場合は金額の頭に「¥」が必要です。(事前に印字している場合は不要)

振込先を記入してください。  
※請求者と振込先名義人は同一に記載してください。  
※請求者と振込先名義人が違う場合は委任状が必要になりますので、別紙委任状を年度当初に1枚提出してください。  
※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)

課 地域保健係  
948-96-8615

振込先

金融機関			口座名義人	
銀行		本店	フリガナ)	
信用金庫		支店		
信用組合		支所		
農業協同組合		出張所	名義)	
預金種目	普通当座	口座番号		