様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和７年度高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書兼請求書**  **（　　　月分）**  桂川町長　　殿 | | | | | | | | |
| 所在地  医療機関名  管理者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | |
| 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 | | ５，９０２円 | | |  |  |
| 生活保護世帯 | | ８，４０２円 | | |  |  |
| 町民税非課税世帯 | | ８，４０２円 | | |  |  |
| ６０～  ６４  歳  ま  で | | 一　　般 | | ５，９０２円 | | |  |  |
| 生活保護世帯 | | ８，４０２円 | | |  |  |
| 町民税非課税世帯 | | ８，４０２円 | | |  |  |
| 接種不可者  （65歳以上、60～64歳の１回目） | | | | ３，２２８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程度１級のもの  （振込金融機関） | | | | | | | |
| 銀行 | | | 支店 | | | | 口座名義人 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 | |
| 預金種目 | 普通預金  当座預金  貯蓄預金 | | 口座番号 | |  | |
| |  |  | | --- | --- | | ※予診票と一緒に**翌月１０日まで**に提出してください。  　　　提出先　　〒820-0693　桂川町大字土居３６１　桂川町総合福祉センター | | | ☎　０９４８－６５－０００１ | | | | | | | | | |