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 |

 |