

令和 年 月 日

令和6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

(実施期間 10月1日～12月30日)

( 月分)

桂川町長 殿

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	3,626円	件	円	
		シリンジ:1回	3,835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	3,626円	件	円	
		シリンジ1回	3,835円	件	円	
生保・非課税	65歳以上	バイアル:1回	5,126円	件	円	
		シリンジ:1回	5,335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	5,126円	件	円	
		シリンジ1回	5,335円	件	円	
接種不可者 (65歳以上及び60～64歳の1回目)			3,201円	件	円	
合計				件	円	

※予診票と一緒に翌月10日までに提出ください。

※提出先 〒820-0693 桂川町大字土居361 桂川町 健康福祉課 健康推進係 ☎0948-65-0001

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		