

令和7年度 高齢者带状疱疹予防接種実施報告書兼請求書
(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・70・75・80・85・90・95・100歳以上	(生)ビケン:1回	5,953円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	15,153円	件	円	
	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	5,953円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	15,153円	件	円	
生活保護世帯	65・70・75・80・85・90・95・100歳以上	(生)ビケン:1回	8,453円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,653円	件	円	
	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	8,453円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,653円	件	円	
町民税非課税世帯	65・70・75・80・85・90・95・100歳以上	(生)ビケン:1回	8,453円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,653円	件	円	
	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	8,453円	件	円	
		(組換え)シングリックス:1回	21,653円	件	円	
接種不可者			3,228円	件	円	
合 計				件	円	

振込先

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

※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番地 桂川町総合福祉センター

☎0948-65-0001