

令和 年 月 日

令和7年度 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書兼請求書  
( 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

印

電話番号

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歳                                   | 1回 | 11,068      |    |        |    |
|                            | 60～64歳<br>(心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で<br>障がい1級程度) | 1回 | 11,068      |    |        |    |
| 生保・非課税                     | 65歳                                   | 1回 | 15,768      |    |        |    |
|                            | 60～64歳<br>(心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で<br>障がい1級程度) | 1回 | 15,768      |    |        |    |
| 接種不可者<br>(65歳及び60～64歳の1回目) |                                       |    | 3,228       |    |        |    |
| 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)<br>名義) |
| 信用金庫   |  |  | 支店  |              |
| 信用組合   |  |  | 支所  |              |
| 農業協同組合 |  |  | 出張所 |              |

令和 年 月 日

令和7年度 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書兼請求書  
( 月分)

飯塚市長

健幸保健課 地域保健係

捺印

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。

住所  
医療機関名  
代表者氏名  
電話番号  
記  
印  
請求します。

| 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歳  | 1回 | 11,068      |    |            |    |
|                            | 件数、請求額、合計を記入してください。<br>※請求額は単価×件数の金額を記入してください<br>※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。 |    |             |    |            |    |
| 生保・非課税                     | 65歳  | 1回 | 15,768      |    |            |    |
|                            | 60~64歳<br>(心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で障がい1級程度)  | 1回 | 15          |    |            |    |
| 接種不可者<br>(65歳及び60~64歳の1回目) |  |    |             |    |            |    |
| 合 計                        |  |    |             |    | 件 <b>円</b> |    |

※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523

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)

振込先

金融機関

銀行

信用金庫

信用組合

農業協同組合

支店

支所

出張所

名義)

預金種目

普通  
当座

口座  
番号