

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
電話番号

印

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 (心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で障がい1級程度)	1回	11,068			
生保・非課税	65歳	1回	15,768			
	60～64歳 (心臓・腎臓・呼吸器等の疾患で障がい1級程度)	1回	15,768			
接種不可者 (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) 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	口座 番号			

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

捨印

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

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

※合計金額の欄は、修正液及び訂正印での修正ができません。
間違えた場合は書き直しとなります。
※手書きの場合は金額の頭に「¥」が必要です。(事前に印字している場合は不要)

※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523

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

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)