

令和7年度 風しん(第5期)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

ワクチン名	1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
MRワクチン	10,158			
風しんワクチン	6,594			
接種不可者	3,228			
合 計		件	¥ 円	

※令和7年度以降に抗体検査を受けた場合は対象外
※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523番地(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 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 支所 出張所	フリガナ) 名義)
預金種目	普通 当座	口座番号	

令和7年度 風しん(第5期)予防接種実施報告書兼請求書
(月分)

捨印

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)

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

ワクチン名	1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
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 ※件数と請求額に訂正がある場合、修正液は使用不可。代表者印と同一の印で訂正してください。				
風しんワクチン	6,594			
接種不	※合計金額の欄は、修正液・訂正印及び捨て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)			
口 計		件	¥ 円	

※令和7年度以降に抗体検査を受けた場合は対象外です

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)

健幸保健課 地域保健係
☎ 0948-96-8615

金融機関			口座名義人
銀行	本店	フリガナ)	
信用金庫	支店	名義)	
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	