

令和8年度 八女市高齢者带状疱疹予防接種委託料請求書
(令和 年 月分)

市・町 確認欄

接種者の年齢内訳

対象者	ワクチン種別	自己負担金徴収者	自己負担金免除者
年度末時点の年齢が、 65歳、70歳、75歳、 80歳、85歳、90歳、 95歳、100歳の者(※) ※令和7年度は100歳以上含む	組換えワクチン (シングリックス)	① 名	② 名
	生ワクチン (ビケン)	③ 名	④ 名
接種日時点の年齢が60歳～ 65歳未満でヒト免疫不全ウ イルスにより免疫機能に重 度の障害を有する者	組換えワクチン (シングリックス)	⑤ 名	⑥ 名
	生ワクチン (ビケン)	⑦ 名	⑧ 名
合 計	組換えワクチン	A (①+⑤) 名	B (②+⑥) 名
	生ワクチン	C (③+⑦) 名	D (④+⑧) 名

請求内訳

ワクチン種別	単 価		被接種者数	請求金額
組換えワクチン (シングリックス)	自己負担金徴収者 (7,000円)	14,626円	A 名	円
	自己負担金免除者	21,626円	B 名	円
生ワクチン (ビケン)	自己負担金徴収者 (2,500円)	5,926円	C 名	円
	自己負担金免除者	8,426円	D 名	円
接種不可		1,527円	名	円

請求総額 円

上記のとおり関係書類を添えて請求します。

() 市町長様

令和 年 月 日

住 所
医療機関名
肩書・代表者名

※ 振込先 裏面に記載

【口座振込先】

金 融 機 関 名	銀行 農協
支 店 名	支店
口 座 種 別	普通 当座
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	
電 話 番 号	
担 当 者 名	