

観音寺市長
佐伯 明浩

日付は必ず記入してください。
3月分は3月31日とお書きください。

令和 ●年 ●月 ●日

所在地・名称及び代表者名は必ず記入し、
印鑑ははっきり押印してください。

機関の所在地
及び代表者名

香川県観音寺市坂本町●●●
医療法人三観会 三観病院
理事長三観太郎

三観
病院

印

令和8年度 成人・高齢者予防接種券

月遅れ請求の場合は
当月分とは別に請求書をご提出ください。

請求金額

81,220 円也

(令和 ●年 ●月接種分)

種 類		単 価 (円)	被接種者数 (人)	金 額 (円)	
高齢者 肺炎球菌	自己負担金徴収者	8,220	1	8,220	
	非課税世帯	10,620			
	生活保護世帯	11,720			
	合計		1 人	8,220 円	
高齢者 带状疱疹 (定期接種)	生 非	自己負担金徴収者	5,600	1	5,600
		被接種者数、金額の訂正は認められません。			
	不 活 化	自己負担金徴収者	15,500	1	15,500
		非課税世帯	18,200		
		生活保護世帯	22,200	1	22,200
	合計		3 人	43,300 円	
風しん 第5期	麻しん風しん混合ワクチン	10,000	1	10,000	
	風しん単独ワクチン	6,500			
	合計		1 人	10,000 円	
高齢者 インフル エンザ	自己負担金徴収者	3,700	1	3,700	
	非課税世帯および 生活保護世帯	5,100	1	5,100	
	合計		2 人	8,800 円	
高齢者 新型コロナ ウイルス	自己負担金徴収者	10,900	1	10,900	
	非課税世帯	14,000			
	生活保護世帯	15,600			
	合計		1 人	10,900 円	
合計金額				81,220 円	

添付書類

- (1) 予診票
(2) 自己負担金免除がある場合は、その証明書類
(3) その他市長が必要と認める書類

振込先金融機関	銀行コード	三観		銀行	支店コード	三観	本店 支店
	0123			信用金庫	123		
預金種別	普通	当座	預金口座番号	1234567			
フリガナ	イ) サンカン						
預金口座名義	医療法人 三観会 三観病院 理事長 三観太郎						

振込先欄は正確に記入してください。
銀行コードなど記入漏れがないようにしてください。

振込先欄は正確に記入してください。
銀行コードなど記入漏れがないようにしてください。