第951号
受
27.10. 2
付
小郡三井医師会

福県医発第１７７９号（地）
平成２７年１０月　１日

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会　長　松　田　峻一良
（　公　印　省　略　）

平成２７年度インフルエンザ予防接種広域接種実施要領
並びに各市町村料金表の送付について

定期予防接種広域接種に係る平成２７年度インフルエンザ予防接種実施要領と各市町村の料金表を別添のとおりお送りいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下の広域接種実施医療機関への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、福岡市の接種料金につきましては、昨年までは自己負担分を含め「接種地の料金」でしたが、本年より、自己負担金は一律「1,500円」となっておりますのでご留意下さいますようお願いいたします。

また、本件につきましては、例年通り本会ホームページに掲載いたしますことを申し添えます。

小郡三井医師会より　　予防接種担当理事　田中泰之
会長　廣瀬真惠

平成２７年度　福岡県定期予防接種広域化
インフルエンザ予防接種実施要領

１．実施期間

・被接種者居住地市町村が定めたインフルエンザ予防接種期間を基本とする。
（接種期間外は、任意接種）
※福岡市住民についても、福岡市が定めた接種期間内での実施とする。

２．接種対象者

・満６５歳以上で接種を希望する人および満６０歳以上６５歳未満の人で心臓、腎臓、若しくは呼吸器の機能又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する人。

３．予診票及び接種済証

・各市町村作成のものを使用。（予診票は統一しない。接種地市町村、被接種者居住市町村どちらのものでも可）
・接種済証については広域化対応のものを使用。（市町村もしくは医師会作成のもの）

４．個人負担金　※別紙料金表参照

・被接種者居住地市町村が定めた自己負担額（**別紙のＢ欄参照**）を、被接種者から徴収。
・自己負担免除者は、自己負担なし。各市町村において免除対象者が異なる。免除者本人が持参する被接種者居住地市町村・保健福祉環境事務所が発行した通知書および証明書等で確認のうえ、接種を行う。

５．請求方法

・広域化報告書兼請求書に予診票を添付のうえ、
①被接種者居住地市町村の定めた接種料金から自己負担額を差し引いた金額（**別紙のＡ欄参照**）を、被接種者居住市町村（郡市医師会が取り纏めを行う場合は郡市医師会）へ請求。
②自己負担免除者分については、接種料金全額（**別紙のＡ＋Ｂ欄参照**）を請求。

６．健康被害等について

・接種により生じた予防接種事故等については、被接種者居住地市町村の設置する予防接種健康被害調査委員会の審議に付し、その意見に基づいて処理するものとする。

７．その他注意事項

・自己負担免除対象者等について不明な場合は、各市町村へ確認のうえ、接種を実施すること。
・接種済証（広域化対応分）は、各市町村において作成したものを使用すること。ただし、広域化対応の接種済証未作成の市町村に所在する医療機関は、医師会作成の広域化対応接種済証を使用するものとする。

平成27年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
1	北九州市	一般：3,387　施設：1,119 生保・非課税世帯（自己負担なし） 一般：4,887　施設：2,619	1,500	3,045 （施設実施分は0）	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・減免対象者：65歳以上で生活保護受給者又は世帯全員が市民税非課税の方。接種の際は、「介護保険料納入通知書（所得段階が1～3のもの）」、「印鑑カード」、「保護証明書」、「本人確認証」（中国残留邦人等永住帰国者）、「介護保険負担限度額認定証」、「介護保険特定負担限度額認定証」、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」を確認。有効期限内のものに限る。 ・予診のみの者：施設実施分については「予診のみ（不可問診）」の支払は認めません。 ・施設：介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特養、養護、軽費ケアハウスにて、定期的に健康管理を行う医師（嘱託医、協力医、施設を設立した法人に属する医師等）が接種する場合。 ・60歳から65歳未満の者で、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する者（身体障害者手帳1級程度の障害）については、同障害が確認できる身体障害者手帳のコピー（障害程度が分かる部分）を予診票に添付。
2	中間市	外来：3,357　入院、入所：1,650 生保・非課税世帯（自己負担なし） 外来：4,357　入院、入所：2,650	1,000	2,543 （入院、入所は0）	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・生活保護、市町民税非課税世帯は、事前の申請により「無料」と明記した予診票を持参した被接種者のみ自己負担なし。 ・入所施設：介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス ・予診票の代筆は家族、親族が記入。できない場合は医師、看護師以外の職員。
3	芦屋町					
4	岡垣町					
5	遠賀町					
6	水巻町					
7	行橋市	3,630 生保：4,730（自己負担なし）	1,100	0	平成27年10月1日～平成28年2月29日	・60歳以上65歳未満で心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方（概ね身体障害者障害程度等級1級の方）又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活が殆ど不可能な方（概ね身体障害者障害程度等級1級の方）が接種する場合は、身体障害者手帳のコピーもしくは医師意見書の添付。 ・生活保護受給中の方は、生活保護受給証明書提出にて自己負担金無料（請求時、保護受給証明書添付）。
8	苅田町	3,630 生保：4,730（自己負担なし）	1,100	0	平成27年10月1日～平成28年2月29日	・生活保護受給者は、診療依頼書の提示で、自己負担免除（※予診票に必ず生保番号を記入して下さい。）。 ・60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり日常生活が殆ど不可能な方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）が接種する場合は、身体障害者手帳のコピーもしくは医師意見書の添付。
9	みやこ町	3,630 生保：4,730（自己負担なし）	1,100	0	平成27年10月1日～平成28年2月29日	・生活保護を受けている人は、診療依頼書の提示で、自己負担免除（※予診票に必ず生保番号を記入して下さい。）。 ・60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり日常生活が殆ど不可能な方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）が接種する場合は、身体障害者手帳のコピーもしくは医師意見書の添付。
10	豊前市	2,500 生保：3,500（自己負担なし）	1,000	0	平成27年10月1日～平成27年12月31日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。事前に市から証明書の交付を受け、接種の際に提示。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず証明書を予診票に添付して請求。
11	上毛町	3,500	0	1,000	平成27年10月1日～平成27年12月31日	・自己負担なし
12	築上町	2,500 生保：3,500（自己負担なし）	1,000	1,000	平成27年10月1日～平成27年12月31日	・生活保護者は全額町負担（自己負担なし）。ただし、事前に医療機関窓口での診療依頼書の提示が必要。 ・医療機関においては、予診票にケース番号の記載をお願いいたします。
13	吉富町	2,500 生保：3,500（自己負担なし）	1,000	1,000	平成27年10月1日～平成27年12月31日	・生活保護受給者は、診療依頼書の提示で自己負担免除。予診票にケース番号を記入してください。 ・60～65歳未満の対象者が接種する場合は、身体障害者手帳の写し、医師の意見書を添付してください。

平成27年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ（不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
14	福岡市	接種地の料金 （※自己負担なしの料金）	1,500	接種地の料金	平成27年10月1日～平成28年1月31日	・接種地の接種料金（接種地の市町村負担金＋接種地の自己負担金）から福岡市設定の自己負担金1,500円を控除した金額を福岡市に請求。ただし、自己負担免除者の場合は接種地の料金（接種地の市町村負担金＋接種地の自己負担金）を請求する。また、自己負担免除者は証明書の添付が必要。 ・請求は、報告書兼請求書に予診票を添付して直接福岡市へ（写し不可）。
15	大野城市	3,414 ※自己負担金免除者：4,914(自己負担なし)	1,500	3,045	平成27年10月1日～平成28年2月29日	・自己負担金無料者分の請求は、被接種者が持参した「自己負担金変更通知書」を予診票に添付して請求すること。なお、接種日は「自己負担金変更通知書」の発行日以後であること。 ・60～64歳の者に対する接種には、該当する障害者手帳（1級）のコピーを添付すること。 ・接種翌月までに請求書を提出してください（遅れる場合は連絡をください）。 ・予診票にはワクチンロットシールを張り付けてください。 ・「体温37.5℃以上」「年齢対象外」「接種回数超過」「接種間隔NG」の場合の「予診のみ」の請求はできません。 ・「予診のみ」の請求はワクチンによって金額が違いますので、欄を分けて請求して下さい。
16	春日市					
17	太宰府市					
18	筑紫野市					
19	那珂川町					
20	糸島市	3,664 ※自己負担金免除者5,164（自己負担なし）	1,500	2,700	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・生活保護世帯、住民税非課税世帯は、事前申請による自己負担金免除通知書を提示の場合のみ、自己負担金免除。 ・自己負担金免除者分の請求は、被接種者が持参した「自己負担金免除通知書」を予診票に添付して請求。
21	古賀市	2,794 生保：3,794	2,000 生保：1,000	1,080	平成27年10月1日～平成28年1月31日	・生保該当者については、福祉事務所発行の診療依頼書等確認できるものの写しを予診票に添付すること。 ・予診票の代筆は、家族、親族のみ可。医療従事者（医師、看護師）は不可。
22	宇美町	3,794 生保：4,794（自己負担なし）	1,000	1,080	平成27年10月1日～平成28年1月31日	・自己負担額の免除対象者の請求には、生活保護の受給対象者であることを診療依頼書等の書面で確認し、予診票にその写しを添付する事。
23	粕屋町					
24	篠栗町					
25	志免町					
26	新宮町					
27	須恵町					
28	久山町					
29	宗像市	3,700 生保・非課税世帯：4,700（自己負担なし）	1,000	3,135	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・自己負担免除にかかる証明について生活保護受給者は「診療依頼書」か「保護受給証明書」の写しを、非課税世帯の者は「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」、「介護保険負担限度額認定証」の写し、又は市が発行する「宗像市インフルエンザ予防接種費用徴収免除対象者証明書」の原本を添付の上請求を行うこと。なお、いずれの証明書も接種日以前に発行されたものを使用すること。満60～65歳未満の対象者は必ず身体障害者手帳（1級）の写し（表紙と障害者名がわかるページ）又は、医師の診断書を添付の上請求を行うこと。
30	福津市					自己負担免除にかかる証明について生活保護受給者は「診療依頼書」か「保護受給証明書」の写しを、非課税世帯の者は「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」、「介護保険負担限度額認定証」の写し、又は市が発行するインフルエンザ予防接種用の非課税証明書の原本を添付の上請求を行うこと。なお、いずれの証明書も接種日以前に発行されたものを使用すること。満60～65歳未満の対象者は必ず身体障害者手帳（1級）の写し（表紙と障害者名がわかるページ）又は、医師の診断書を添付の上請求を行うこと。

平成27年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ（不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
31	直方市	3,375 生保：4,375（自己負担なし）	1,000	720	平成27年10月1日～平成28年3月31日	生活保護受給者、中国残留邦人等で支援給付を受給している者は、自己負担免除、証明書を予診票に添付して請求。
32	宮若市					・生活保護受給者へは、持参の証明書等で確認のうえ接種。生活保護受給証明書又は診療依頼書の写しを予診票に添付のうえ請求。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しを予診票に添付のうえ請求。
33	小竹町					・生活保護受給者へは、持参の証明書等で確認のうえ接種。生活保護受給証明書又は診療依頼書の写しを予診票に添付のうえ請求。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しを予診票に添付のうえ請求。
34	鞍手町					・生活保護受給者へは、持参の証明書等で確認のうえ接種。予診票代筆者はできる限り医療従事者以外が望ましい。
35	田川市	3,400 生保：4,400(自己負担なし)	1,000	1,790	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・生活保護世帯は自己負担額全額免除。 ・A類疾病とB類疾病に分けて請求。
36	糸田町					・生活保護受給者は自己負担免除。
37	大任町					・生活保護者は、無料(自己負担0円)。全額町負担。A類疾病・B類疾病に分けて請求。
38	川崎町	4,400	0	1,790	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・60歳以上65歳未満(心臓、腎臓又は呼吸器疾患、血液及び免疫疾患などの障害(身体障害者手帳1級程度))の者は、同障害が確認できる身体障害者手帳の写し(障害程度がわかる部分)を添付の上請求。 ・2回目の接種については、全額自己負担(生活保護者も含む)。 ・「乳幼児定期予防接種」と「高齢者インフルエンザ・成人用肺炎球菌」の請求書を各々別に作成し、請求すること。
39	香春町	3,400 生保：4,400(自己負担なし)	1,000	1,790	平成27年10月1日～平成28年3月31日	・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。
40	添田町					・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。 ・生活保護者受給者は、診療依頼書(世帯員名簿・確認票)の写し添付の上請求。 ・A類疾病とB類疾病を分けて請求。 ・2回目の接種については、全額自己負担(生活保護者も含む)。
41	福智町					・生活保護受給者は、受給証明書または診療依頼書（世帯員名簿・確認票）の写し添付の上請求。 ・60歳以上65歳未満の心臓、腎臓又は呼吸器疾患、血液及び免疫疾患などの障害（身体障害者手帳1級程度）を有する者は、同障害が確認できる身体障害者手帳の写し（障害程度がわかる部分）を添付の上請求。 ・2回目の接種については、全額自己負担（生活保護者も含む）。
42	赤村					・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。 ・2回目の接種については全額自己負担（生活保護者も含む）。
43	飯塚市	3,460 生保、市民税非課税世帯：4,860（自己負担なし）	1,400	1,339	平成27年10月1日～平成27年12月30日	・生活保護世帯・市民税非課税世帯は自己負担額を免除。 ※生活保護者は医療カードNo記載、市民税非課税世帯は非課税世帯証明書の添付が必要。
44	嘉麻市					・生活保護世帯、市民税非課税世帯は、自己負担額を免除。 ・生活保護世帯は印鑑登録証兼医療カードのナンバーを予診票に記載 ・市民税非課税世帯は非課税世帯証明書を予診票に添付（添付なしは免除不可） ・接種は1人1回のみ（不可問診も）。
45	桂川町					・生活保護世帯、市民税非課税世帯は、自己負担額免除。 ・生活保護世帯は診療依頼書のケース番号を予診票に記載 ・市民税非課税世帯は非課税証明書を添付（添付なしは免除不可） ・代筆については、本人の意思が確認でき、肉体的事情で自署できない場合、成年後見人の場合 ・接種は、1人1回のみ

平成27年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ（不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
46	久留米市	3,348 生保、市民税非課税世帯：4,968（自己負担なし）	1,620	1,339	平成27年10月5日～平成27年12月28日	・自己負担額免除者：次の①～⑤いずれかを添付[①無料インフルエンザ予防接種確認書②平成27年度介護保険料納付通知書（保険料段階1～3段階に限る）の写し、③介護保険負担限度額認定証の写し（有効期限内のもの）、④後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の写し（有効期限内のもの）、⑤生活保護受給証明書]。 ・60歳から65歳未満の対象者：障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し、診断書等）を予診票に添付。
47	大牟田市	3,624 生保：4,324（自己負担なし）	700	2,820	平成27年10月1日～平成28年1月31日	・自己負担免除者は生活保護受給者のみ ・請求時は予診票に生活保護証明書を添付すること
48	八女市	3,360 生保、非課税世帯：4,860（自己負担なし）	1,500	0	平成27年10月15日～平成27年12月31日	・インフルエンザ予防接種の自己負担金免除者は、高齢者予防接種費用免除証明書、介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）の写し、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（有効期限内のもの）の写し又は生活保護受給証明書を予診票に添付する。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書などを予診票に添付する。
49	筑後市					・生活保護受給世帯及び市民税非課税世帯の被接種者は、自己負担金なし。 ・事前の申請により健康づくり課で発行した「高齢者予防接種費用免除対象者証明書」、有効期限内の「介護保険負担限度額認定証」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担減額認定証」の提示により確認してください。 ・自己負担金免除者は、「高齢者予防接種費用免除対象者証明書」、または「介護保険負担限度額認定証」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担減額認定証」いずれかのコピーを予診票に添付してください。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、診断書等（身体障害者手帳のコピー可）を予診票に添付してください。
50	広川町					・非課税世帯及び生活保護世帯は次の①～④のいずれかを確認することで自己負担金免除。①高齢者用インフルエンザ予防接種無料対象者証明書、②介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）、③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（有効期限内のもの）、④診療依頼書（生活保護受給者）。（※請求の際は、①は予診票に原本、②③④はコピーを添付） ・60歳から65歳未満の対象者：障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し、診断書等）を予診票に添付。
51	朝倉市	3,574 生活保護受給者：4,574(自己負担なし)	1,000	1,339	平成27年10月1日～平成27年12月31日	①被接種者からは自己負担¥1,000を徴収するが、県広域接種の場合の市への請求書に記載する請求金額は、全額の￥4,574とする。（市から被接種者自己負担額￥1,000を差し引いた￥3,574が支払われる。）②生活保護受給者については、全額市負担（自己負担なし）。福祉事務所で発行する生活保護受給証明書にて確認し、予診票に添付して請求すること。③60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書等を予診票に添付して請求すること。④請求書には、法人印と法人の代表者印を必ず押印し、代表者の肩書と氏名を記入すること。
52	筑前町					・請求書には、自己負担額（¥1,000円）を引いた金額（¥3,574円）を記載して請求。 ・生活保護受給者については、福祉事務所で発行する生活保護受給証明書または診療依頼書等の写しにて確認、予診票に添付して請求。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
53	東峰村					・生活保護世帯については自己負担金免除します。その際、医療券等本人が持参する証明書等で確認いただき、請求の際、予診票に写しを添付下さい。
54	小郡市	3,360 生活保護受給者：4,860(自己負担なし)	1,500	3,046	平成27年10月1日～平成27年12月28日	・自己負担金免除者（市民税非課税世帯、生活保護受給者）は、小郡市発行の予防接種用非課税確認書または生活保護受給証明書を確認後に接種し、原本を予診票に添付して請求。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳（内部疾患１級程度）の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
55	大刀洗町	3,360 生活保護受給者：4,860(自己負担なし)	1,500	3,046	平成27年10月1日～平成27年12月28日	・生活保護受給者、町県民税非課税世帯の65歳以上は自己負担金なし。生活保護受給者（65歳以上）は診療依頼書の写し・町県民税非課税世帯は町発行の非課税確認書を医療機関に提示して接種。予診票に添付のうえ、請求。 ・予防接種を希望する被接種者が自署できない場合は、本人の希望を十分に確認し代筆者が署名する。必ず代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。ただし、接種医は代筆不可。受付事務又は看護師であれば代筆可能。（続柄欄に受付又は看護師と記入すること）
56	大川市	3,348 生活保護受給者：4,968(自己負担なし)	1,620	1,339	平成27年10月5日～平成27年12月28日	・生活保護世帯、非課税世帯については、健康課及び福祉事務所が発出する証明書を持参することで、自己負担金なしとする。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し又は医師の診断書等）を予診票に添付して請求。
57	大木町					・自己負担免除者：次の①～⑤いずれかで確認し、①⑤は原本を②～④は写しを予診票に添付し請求。 ①インフルエンザ接種非課税確認書②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定（有効期限内のもの）③介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）④平成２７年度介護保険料納入通知書兼特別徴収決定通知書（※保険料段階１～３段階に限る）⑤生活保護受給証明書 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
58	柳川市	3,870 生保、非課税世帯：4,870（自己負担なし）	1,000	2,940	平成27年10月1日～平成27年12月31日	・「生活保護受給者証明書」「市民税非課税証明書（インフルエンザ減免用）」を提示された場合は、原本を、「介護保険負担限度額認定証」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示された場合は写しを予診票に添付して請求。いずれも自己負担免除。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しまたは医師の診断書などを予診票に添付して請求。
59	みやま市					・以下のものを持参された場合は、自己負担免除。原本又はコピーを予診票に添付して請求。 ・生活保護受給証明書、住民税非課税証明書は原本を、介護保険負担限度額認定証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（※有効期限内のもの）は写しを添付。 ・本人の意思が確認できなければ任意接種。確認が困難な場合は、同居家族の同意（代筆）、または施設入居者は、常時対応している施設職員の同意で接種可能。（※接種者＝代筆者とならないよう注意）
60	うきは市	3,528 生活保護受給者：5,148(自己負担なし)	1,620	1,900	平成27年10月1日～平成27年12月31日	・生活保護受給者は自己負担免除。

様式第３号（第５条関係）

平成２７年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書（糟屋郡）

（平成27年10月 1日～平成28年 1月31日実施分）

平成　　年　　月　　日

長　殿

医療機関住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

金 融 機 関	銀行　　支店 信用組合・信用金庫 農協　　本店	
普通 ・ 当座	口 座 番 号	
口 座 名（フリガナ）		

次のとおり予防接種委託料を請求します。

（平成　　年　　月分）

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請 求 金 額
インフルエンザ（一般）	３，７９４円	枚	円
インフルエンザ (生活保護世帯に属する者)	４，７９４円	枚	円
不可予診	１，０８０円	枚	円
請求金額　（計）		枚	円

※ 請求は、月締めで翌月１０日までに請求する。

糟屋郡（宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町、粕屋町）

様式第１号（第６条第１項関係）

古賀市

平成２７年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

平成　　年　　月　　日

古賀市 長　殿

医療機関住所
医療機関名
代表者名　　印

金融機関	銀行　　支店 信用組合・信用金庫 農協　　本店	
普通 ・ 当座	口座番号	
口座名（フリガナ）		

次のとおり予防接種委託料を請求します。

（平成　　年　　月分）

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ（一般）	２，７９４円	枚	円
インフルエンザ (生活保護世帯に属する者)	３，７９４円		
不可予診	１，０８０円		
請求金額	（計）	枚	円

※請求は、月締めで翌月 10 日までに請求する。

福 岡 県 定 期 予 防 接 種 広 域 化
インフルエンザ予防接種済証（６５歳以上）

住　　所	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日生

接種を行った年月日／　　年　　月　　日

（　　）市町村長代理

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名　　印

※「予防接種済証」は予防接種を受けたことの証明です。大切に保管してください。

福 岡 県 定 期 予 防 接 種 広 域 化
インフルエンザ予防接種済証（６５歳以上）

住　　所	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日生

接種を行った年月日／　　年　　月　　日

（　　）市町村長代理

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名　　印

※「予防接種済証」は予防接種を受けたことの証明です。大切に保管してください。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

接種医師名（　　）
平成　　年　　月　　日
【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所　（中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町）

氏名

明治・大正・昭和　　年　　月　　日　生
（満　　歳）

予防接種を行った年月日　平成　　年　　月　　日

接種医師名（　　）
平成　　年　　月　　日
【中間市・芦屋町・岡垣町・遠賀町・水巻町（　　）】
長代理
接種医師名　　印

※　この仮済証は大切に保管しておきましょう。
※　これは仮の接種済証です。
正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。