

別紙 2 (様式第 1 号関係)

定期予防接種 (B 類) 費償還払明細書

インフルエンザ 【高齢者】 ※ 対象者① (接種費用から 1,500 円を差し引 いた後の償還上限 額: 3,400 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円 (上記、接種費用のうち、1,500 円は、自己負担です)
	償還申請額	円
インフルエンザ 【高齢者】 ※ 対象者② (償還上限額: 4,900 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
高齢者肺炎球菌 ※ 対象者① (接種費用から 5,000 円を差し引 いた後の償還上限 額: 3,200 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円 (上記、接種費用のうち、5,000 円は、自己負担です)
	償還申請額	円
高齢者肺炎球菌 ※ 対象者② (償還上限額: 8,200 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円

※ 対象者①は、「対象者②」以外の方です。

※ 対象者②は、「生活保護受給世帯対象者」及び「中国残留邦人等支援給付制度の受給者」の方です。

備考

- 償還申請額欄には、接種費用と市が定める償還上限額のどちらか少ない額をご記入ください。
- インフルエンザにつきましては、各年度の決められた接種期間内に接種した分に限りません。