

定期予防接種費償還払明細書（B類）

予防接種の種類	接種年月日	①接種費用	②自己負担額	③償還申請額
高齢者肺炎球菌	年 月 日	円	円	円
高齢者带状疱疹生ワクチン「ビケン」	年 月 日	円	円	円
高齢者带状疱疹不活化ワクチン「シングリックス」	1回目	円	円	円
	2回目	円	円	円
高齢者インフルエンザ	年 月 日	円	円	円
高齢者新型コロナウイルス	年 月 日	円	円	円

- ① 接種費用の欄には、接種した医療機関の窓口で支払った金額を記入してください。
(領収証の予防接種の種類・単価をご確認のうえ記入してください。)
- ② 自己負担額は別紙「償還上限額一覧」をご確認のうえ記入してください。
- ③ 償還申請額は、①から②を除いた額と市が定める「償還上限額」を比較し、どちらか少ない額を記入してください。
- ※ 「償還上限額」は接種時期により異なります。別紙「償還上限額一覧」をご確認ください。