

定期予防接種(B類)費償還払明細書

予防接種の種類	接種年月日	接種費用	償還申請額
インフルエンザ 【高齢者】	令和 年 月 日	円	円
	合計	円	円
高齢者肺炎球菌 ※対象者①	令和 年 月 日	円	円
	合計	円	円
高齢者肺炎球菌 ※対象者②	令和 年 月 日	円	円
	合計	円	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。詳細は記入例裏面の「償還上限額一覧」を参照してください。