

## 高齢者予防接種費用助成金支給申請明細書

接種を受けた人の氏名 \_\_\_\_\_

<b>高齢者インフルエンザ</b>		自己負担金額	助成限度額
	一般	1,500 円	3,560 円
	生活保護等	0 円	5,060 円
接 種 日	年 月 日		
接 種 費 用	①		円
① - 自己負担金額	②		円
<b>助 成 申 請 額</b>	③と助成限度額どちらか金額の少ない方を記入		円
医 療 機 関 名			
<b>高齢者肺炎球菌感染症</b>		自己負担金額	助成限度額
	一般	2,000 円	6,310 円
	生活保護等	0 円	8,310 円
接 種 日	年 月 日		
接 種 費 用	①		円
① - 自己負担金額	②		円
<b>助 成 申 請 額</b>	③と助成限度額どちらか金額の少ない方を記入		円
医 療 機 関 名			

※助成申請額欄には、「接種費用から自己負担額を差し引いた額」と「市が定める助成限度額」のどちらか少ない方をご記入ください。

※生活保護受給者等自己負担金免除の対象者は、「接種費用」と「市が定める助成限度額」のどちらか少ない方を御記入ください。

裏面に領収書を貼付してください

# 領収書貼付欄

※領収書は原本とし、各予防接種の料金が分かるものとしてください。

高齢者予防接種費用助成金支給申請明細書

記入例

習志野 太郎

接種を受けた人の氏名

高齢者インフルエンザ		自己負担金額	助成限度額
	一般	1,500 円	3,560 円
	生活保護等	0 円	5,060 円
接種日	202△年 △月△△日		
接種費用	①	3,500	円
① - 自己負担金額	②	2,000	円
助成申請額	②と助成限度額どちらか金額の少ない方を記入 2,000 円		
医療機関名	○○○クリニック		
高齢者肺炎球菌感染症		自己負担金額	助成限度額
	一般	2,000 円	6,310 円
	生活保護等	0 円	8,310 円
接種日	202△年 ○月○○日		
接種費用	①	10,000	円
① - 自己負担金額	②	8,000	円
助成申請額	②と助成限度額どちらか金額の少ない方を記入 6,310 円		
医療機関名	○○○クリニック		

※助成申請額欄には、「接種費用から自己負担額を差し引いた額」と「市が定める助成限度額」のどちらか少ない方をご記入ください。

※生活保護受給者等自己負担金免除の対象者は、「接種費用」と「市が定める助成限度額」のどちらか少ない方を御記入ください。

裏面に領収書を貼付してください