

予防接種費用助成申請金額内訳表

ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円
ワクチン名 ( ) 接種回数 ( )	接種年月日	基準額	支払額	償還払い申請額
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
		円	円	円

- 注 1. 接種回数欄はワクチンの種類に適した記載方法(1回目、2回目、3回目、追加、1期追加、2期等)で行う。  
 2. 基準額は接種年度の奄美市が定める協力医療機関との委託契約額に準ずる。  
 3. 償還払い申請額は基準額と支払額の低い額を記入する。