

記入例

別紙 内訳明細書

予防接種の種類	接種医療機関名	接種年月日	接種に要した金額	助成上限額
ヒブ	Aクリニック	R1年 8月30日	8,300円	8,000円
		R1年 10月 1日	8,360円	8,150円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
申請額小計		16,150円	小計	16,660円
肺炎球菌	Aクリニック	R1年 8月30日	11,000円	11,600円
		R1年 10月 1日	11,700円	11,810円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
申請額小計		22,700円	小計	22,700円
四種混合	Aクリニック	R1年 9月 28日	11,000円	11,800円
		R1年 10月 20日	13,000円	12,020円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
申請額小計		23,020円	小計	24,000円
申請額合計		61,870円		

助成限度額で記入

実際に支払った費用を記入

実際に支払った費用と助成限度額をあわせた額を記入

