

## 予防接種明細書

年度に、県外等で接種した定期予防接種の明細は下記のとおりです。

記

**太枠の中をご記入ください。**

対象者氏名（被接種者）				生年月日	年 月 日
予防接種の種類	接種日	接種費用	医療機関名	※交付決定額	
1	年 月 日	円		円	
2	年 月 日	円		円	
3	年 月 日	円		円	
4	年 月 日	円		円	
5	年 月 日	円		円	
6	年 月 日	円		円	
7	年 月 日	円		円	
8	年 月 日	円		円	
9	年 月 日	円		円	
10	年 月 日	円		円	
合計金額		円		円	

- ・接種費用は、医療機関に支払った金額を記入してください。※は、市で記入します。
- ・1回の接種につき、各予防接種の助成限度額まで助成します。  
ただし、支払った接種費用が福井市の定める助成限度額を下回るときは、その接種費用を助成します。
- ・申請期限は、接種年度の3月31日までです。