

第4号様式（第5条第1項第2号）

定期予防接種費償還払明細書（表）

H i b（ヒブ）感染症  (償還上限額：8,500 円/ 回)	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
小児の肺炎球菌感染症  (償還上限額：11,800 円/ 回)	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
B型肝炎  (償還上限額：ヒームケン 6,200 円/回、ヘプタハックス 6,500 円/回)	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
4種混合 (償還上限額：11,100 円/ 回)  三種混合 (償還上限額:ハイアル5,500 円/回、キット5,600 円/回)	接種年月日	第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
急性灰白髄炎（ポリオ）  (償還上限額：9,900 円/ 回)	接種年月日	第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
B C G  (償還上限額：7,600 円/ 回)	接種年月日	年 月 日				
	接種費用					円
	償還申請額					円

定期予防接種費償還払明細書 (裏)

水痘 (みずぼうそう)  (償還上限額：8,900 円/回)	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
麻しん風しん混合 (MRワクチン) (償還上限額：10,300 円/回)	接種年月日	第 期	年	月	日	
		第 期	年	月	日	
	接種費用					円
麻しん、風しん単独 (償還上限額：6,800 円/回)	償還申請額					円
日本脳炎  (償還上限額：7,400 円/回)	接種年月日	第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
ジフテリア・破傷風混 合 (二種混合)  (償還上限額：4,600 円/回)	接種年月日	第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
		第 期 ( 回)	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円
ヒトパピローマウイ ルス感染症  (償還上限額：16,300 円/回)	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	接種費用					円
	償還申請額					円

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（複数回の接種がある場合は、当該額の合計額）をご記入ください。