

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：8,700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：12,100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：ヒームゲン 6,400円/回、ヘプタハックス 6,600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			
ロタウイルス感染症 (償還上限額：ロタリックス 15,200円/回、ロタテック 10,400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：11,300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
三種混合 (償還上限額：5,700円/回)	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：10,100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			

定期予防接種費償還払明細書 (裏)

BCG (償還上限額：7,800円/回)	接種年月日	年 月 日
	接種費用	円
	償還申請額	円
水痘 (みずぼうそう) (償還上限額：9,200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：10,900円/回) 麻しん単独 (償還上限額：7,200円/回) 風しん単独 (償還上限額：7,300円/回)	接種年月日	第 期 年 月 日 第 期 年 月 日
	接種費用	円
	償還申請額	円
日本脳炎 (償還上限額：7,900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
ジフテリア・破傷風混合 (二種混合) (償還上限額：5,100円/回)	接種年月日	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：16,700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。