

第5号様式（第6条第1項第2号）

木更津市造血幹細胞移植後の任意予防接種明細書（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			
	助成申請額	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			
	助成申請額	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			
	助成申請額	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			
	助成申請額	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			
	助成申請額	円			
B C G (償還上限額 9,800 円/回)	接種年月日		年	月	日
	接種費用	円			
	助成申請額	円			

木更津市造血幹細胞移植後の任意予防接種明細書 (裏)

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
	接種費用	円
	助成申請額	円
麻しん風しん混合 (MR ワクチン) (償還上限額 : 10,900 円/ 回)	接種年月日	第 期 年 月 日
	接種費用	円
	助成申請額	円
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 (回) 年 月 日
	接種費用	円
	助成申請額	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
	接種費用	円
	助成申請額	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
	助成申請額	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
	接種費用	円
	助成申請額	円

備考 助成申請額欄には、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。