

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)

Hib(ヒブ)感染症 (償還上限額:9,100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
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: ビームゲン6,400円/回、 アプカックス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
ロタウイルス感染症 (償還上限額: ロタリックス14,900円/回、 ロタテック9,900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
5種混合 (償還上限額:ゴ-ビック 20,300円/回、クイント バックス20,300円/回) 4種混合 (償還上限額:11,400円/回) 三種混合 (償還上限額:5,800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:10,200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

定期予防接種費償還払明細書（裏）

BCG (償還上限額:11,700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)	接種年月日	第 期	年	月	日
		第 期	年	月	日
	麻しん単独 (償還上限額:7,300円/回)	接種費用			円
風しん単独 (償還上限額:7,300円/回)	償還申請額			円	
日本脳炎 (償還上限額:7,800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:4,900円/回)	接種年月日	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: 2/4価 16,700円/回、 9価 27,300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。