

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:9,000 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: ビーメゲン 6,300 円/回、 ヘパタックス 6,400 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			
ロタウイルス感染症 (償還上限額: ロタリックス 14,800 円/回、 ロタテック 9,800 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			
5種混合 (償還上限額:ゴーベック 20,200 円/回、クイント バック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:9,100 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:10,800 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:7,700 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					
	接種年月日	年			月	日	
ジフテリア・破傷風混合 (二種混合) (償還上限額:4,800 円 /回)	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 16,600 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。