

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:12,200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
B型肝炎 (償還上限額: ビームゲン6,400円/回、 ハプカックス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:ゴーベック 20,300円/回、クイント バック20,400円/回) 三種混合 (償還上限額:9,600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: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) 麻しん単独 (償還上限額:7,400円/回) 風しん単独 (償還上限額:7,400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:7,800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:6,200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: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			
RSウイルス感染症 (償還上限額:29,800 円/回)	接種年月日	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。