

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	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
(償還上限額： 円/回)	接種費用	円			
	助成申請額	円			
小児の肺炎球菌感染症	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
(償還上限額： 円/回)	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 円/回、 ヘパタックス 円/回)	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
5種混合 (償還上限額： コービック 円/回、 クイントバックス 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
4種混合 (償還上限額： 円/回)	接種費用	円			
	助成申請額	円			
三種混合 (償還上限額： 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
急性灰白髄炎（ポリオ） (償還上限額： 円/回)	接種費用	円			
	助成申請額	円			
B C G (償還上限額： 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: 円/回)	接種年月日	回目 回目	年 年	月 月	日 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: 円/回) 麻しん単独 (償還上限額: 円/回) 風しん単独 (償還上限額: 円/回)	接種年月日	第 期 第 期	年 年	月 月	日 日
	接種費用	円			
	助成申請額	円			
日本脳炎 (償還上限額: 円/回)	接種年月日	第 期 (回) 第 期 (回) 第 期 (回)	年 年 年	月 月 月	日 日 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: 円/回)	接種年月日	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: 2/4価 円/回、 9価 円/回)	接種年月日	回目 回目 回目	年 年 年	月 月 月	日 日 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。