

別紙1 (様式第1号関係)

定期予防接種 (A類) 費償還払明細書 [表]

ヒブ  (償還上限額: 7,500 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( ) 3回目 平成 年 月 日 ( ) 4回目 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
小児用肺炎球菌  (償還上限額: 10,700 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( ) 3回目 平成 年 月 日 ( ) 4回目 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
B型肝炎  (償還上限額: 6,500 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( ) 3回目 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
四種混合【DPT-IPV】 (償還上限額: 11,300 円/回)  三種混合【DPT】 二種混合【DT】(第1期) (償還上限額: 7,700 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( ) 3回目 平成 年 月 日 ( ) 4回目 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
不活化ポリオ  (償還上限額: 10,100 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( ) 3回目 平成 年 月 日 ( ) 4回目 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
BCG  (償還上限額: 9,400 円/回)	接種年月日 (医療機関名)	平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円

定期予防接種（A類）費償還払明細書 [裏]

麻しん風しん混合【MR】 (償還上限額：11,300円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1期 平成 年 月 日 ( ) 2期 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
水痘（水ぼうそう）  (償還上限額：9,000円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
日本脳炎  (償還上限額： 7歳6月未満9,300円/回 9歳以上8,600円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1期初回(1回目) 平成 年 月 日 ( ) 1期初回(2回目) 平成 年 月 日 ( ) 1期追加(3回目) 平成 年 月 日 ( ) 2期 (4回目) 平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
二種混合【DT】(第2期) 《ジフテリア・破傷風》  (償還上限額：7,100円/回)	接種年月日 (医療機関名)	平成 年 月 日 ( )
	接種費用	円
	償還申請額	円
HPV（子宮頸がん） 《ヒトパピローマウイルス感染症》  (償還上限額：17,500円/回)	接種年月日 (医療機関名)	1回目 平成 年 月 日 ( ) 2回目 平成 年 月 日 ( ) 3回目 平成 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。
- 「償還上限額」は、各年度（各年度は、4月1日から翌年3月31日まで）で変更になる場合があります。接種日時点の各年度の「償還上限額」が適用になりますので、年度をまたいで複数の予防接種を行う場合は、健康管理課予防接種担当に、金額等をご確認ください。