

予防接種内訳書（令和元年度に県外で接種した定期予防接種の内訳）

被接種者の氏名：**金 沢 花 子**

生年月日：令和元年 5月 10日

申請者記入欄			市使用欄		
1	ワクチン名	接種年月日	令和元年 10月 15日		
	ヒブ	接種費用	8,760円		
	接種回数	医療機関名	広坂医院		
	(第1期 初回) 1 回目	助成申請額①	8,700円		
	(注)以下、助成申請額には接種費用と下記の助成限度額の低い額を記入してください。				
2	ワクチン名	接種年月日	令和元年 10月 15日		
	小児用肺炎球菌	接種費用	12,070円		
	接種回数	医療機関名	広坂医院		
	(第1期 初回) 1 回目	助成申請額②	12,070円		
3	ワクチン名	接種年月日	年 月 日		
		接種費用	円		
	接種回数	医療機関名			
	(第1期 初回) 回目	助成申請額③			
4	ワクチン名	接種年月日			
		接種費用	円		
	接種回数	医療機関名			
	(第1期 初回) 回目	助成申請額④	円		
5	ワクチン名	接種年月日	年 月 日		
		接種費用	円		
	接種回数	医療機関名			
	(第1期 初回) 回目	助成申請額⑤	円		
6	ワクチン名	接種年月日	年 月 日		
		接種費用	円		
	接種回数	医療機関名			
	(第1期 初回) 回目	助成申請額⑥	円		
7	ワクチン名	接種年月日	年 月 日		
		接種費用	円		
	接種回数	医療機関名			
	(第1期 初回) 回目	助成申請額⑦	円		
		①~⑦の 合計額を記入	20,770円		

助成申請額には「接種費用」と「助成限度額」を比較して低い額を記入してください。

(令和元年度10月～3月接種分)

ワクチンの種類	助成限度額	ワクチンの種類	助成限度額
1. ヒブワクチン	8,700円	4. 不活化ポリオワクチン	10,140円
2. 小児用肺炎球菌ワクチン	12,070円	5. BCGワクチン	7,450円
3. 四種混合ワクチン	11,300円	6. B型肝炎	6,780円