

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： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

申請者記入欄				市使用欄	
1	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 ①	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	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 ②	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	円		
4	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 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	円		

(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

※ 8件以上あるときはコピーしてご使用ください。
 ※ この「予防接種内訳書」は接種した年度(1年度は4月～3月ごと)に該当するものをご使用ください。
 ※ 助成限度額は年度の途中で変更することがあります。