

第2号様式（第6条関係）

特別な理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用の助成明細書

予防接種を受けた 医療機関名		(医療機関所在地)	
		都・道 府・県	市・区 町・村

予防接種名	上限年齢	接種歴	A：接種費用	B：償還限度額 (1回あたり)	C：申請額 (AとBを比べて 少ない方を記入)
BCG	4歳	年 月 日	円	11,330円	円
肺炎球菌感染症 1回目	6歳	年 月 日	円	12,015円	円
肺炎球菌感染症 2回目		年 月 日	円		円
肺炎球菌感染症 3回目		年 月 日	円		円
肺炎球菌感染症 4回目		年 月 日	円		円
ヒブ感染症 1回目	10歳	年 月 日	円	8,649円	円
ヒブ感染症 2回目		年 月 日	円		円
ヒブ感染症 3回目		年 月 日	円		円
ヒブ感染症 4回目		年 月 日	円		円
四混1期初回 1回目	15歳	年 月 日	円	11,245円	円
四混1期初回 2回目		年 月 日	円		円
四混1期初回 3回目		年 月 日	円		円
四混1期追加		年 月 日	円		円
三混1期初回 1回目		年 月 日	円	6,232円	円
三混1期初回 2回目		年 月 日	円		円
三混1期初回 3回目		年 月 日	円		円
三混1期追加		年 月 日	円		円
不活化ポリオ 1回目		年 月 日	円	10,090円	円
不活化ポリオ 2回目		年 月 日	円		円
不活化ポリオ 3回目		年 月 日	円		円
不活化ポリオ 4回目		年 月 日	円		円
水痘初回		年 月 日	円	9,146円	円
水痘追加		年 月 日	円		円
麻しん風しん1期		年 月 日	円	12,485円	円
麻しん風しん2期		年 月 日	円		円
日脳1期初回 1回目	20歳	年 月 日	円	6歳以下： 7,703円 7歳以上： 7,150円	円
日脳1期初回 2回目		年 月 日	円		円
日脳1期追加		年 月 日	円		円
日脳2期追加		年 月 日	円		円
二混(ジ・破)2期		年 月 日	円	5,005円	円
HPV感染症(子宮頸がん) 1回目		年 月 日	円	サーバリックス： ガーダシル： 16,775円	円
HPV感染症(子宮頸がん) 2回目		年 月 日	円	シルガード： 26,939円	円
HPV感染症(子宮頸がん) 3回目		年 月 日	円		円
B型肝炎 1回目		年 月 日	円	6,561円	円
B型肝炎 2回目		年 月 日	円		円
B型肝炎 3回目		年 月 日	円		円

※生活保護世帯の方は償還限度額にかかわらず、助成対象予防接種に要した金額の全額を助成いたします。

申請合計額 (Cの合計)	円
-----------------	---