

電話番号 ()

助 成 決 定 額	備考・メモ欄	審 査		
円		課長	係長	係

【 裏 面 】

太枠内（費用助成の申請理由・医療機関名・該当予防接種欄）を記入してください。

申請理由	☐ 里帰り出産等 ☐ 入院等 ☐ 疾病等 ☐ その他（ ）		接種医療機関名	
予防接種の種類	接種日	自己負担額	助成限度額	決定額
ロタテック①	年 月 日	円	11,990 円	円
ロタテック②	年 月 日	円	11,990 円	円
ロタテック③	年 月 日	円	11,990 円	円
ロタリックス①	年 月 日	円	17,050 円	円
ロタリックス②	年 月 日	円	17,050 円	円
ヒブ①	年 月 日	円	10,780 円	円
ヒブ②	年 月 日	円	10,780 円	円
ヒブ③	年 月 日	円	10,780 円	円
ヒブ④	年 月 日	円	10,780 円	円
小児用肺炎球菌①	年 月 日	円	14,300 円	円
小児用肺炎球菌②	年 月 日	円	14,300 円	円
小児用肺炎球菌③	年 月 日	円	14,300 円	円
小児用肺炎球菌④	年 月 日	円	14,300 円	円
四種混合①	年 月 日	円	13,530 円	円
四種混合②	年 月 日	円	13,530 円	円
四種混合③	年 月 日	円	13,530 円	円
四種混合④	年 月 日	円	13,530 円	円
五種混合①	年 月 日	円	22,440 円	円
五種混合②	年 月 日	円	22,440 円	円
五種混合③	年 月 日	円	22,440 円	円
五種混合④	年 月 日	円	22,440 円	円
B 型肝炎①	年 月 日	円	8,580 円	円
B 型肝炎②	年 月 日	円	8,580 円	円
B 型肝炎③	年 月 日	円	8,580 円	円
BCG	年 月 日	円	13,530 円	円
麻しん風しん混合①	年 月 日	円	13,090 円	円
水痘①	年 月 日	円	11,110 円	円
水痘②	年 月 日	円	11,110 円	円
合 計				円

※決定額は、自己負担額と助成限度額のいずれか低い方の金額になります。

※申請期間は、予防接種を受けた日から1年間です。（助成額は申請年度の金額になります）

※上記以外の予防接種については空欄へ記入してください。