

被接種者氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

予防接種の種類/回数	接種日/接種時年齢	金額		①か②の低いほう*
小児用肺炎球菌ワクチン 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	13,123円	
小児用肺炎球菌ワクチン 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	13,123円	
小児用肺炎球菌ワクチン 3回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	13,123円	
B型肝炎 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	★(下記参照)	
B型肝炎 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	★(下記参照)	
B型肝炎 3回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	★(下記参照)	
ロタリックス 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	15,873円	
ロタリックス 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	15,873円	
ロタテック 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,846円	
ロタテック 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,846円	
ロタテック 3回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,846円	
5種混合ワクチン 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	◆(下記参照)	
5種混合ワクチン 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	◆(下記参照)	
5種混合ワクチン 3回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	◆(下記参照)	
BCG	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	12,353円	
麻しん風しん(MR) (1期 ・ 2期)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	11,858円	
水痘 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,153円	
水痘 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,153円	
			小計(A)	円

*免除書類をお持ちの場合は、①の額を記載ください。

以下のワクチンは、使用ワクチンによって支払い限度額が異なります。

◆5種混合ワクチン

ゴービック 21,263円
クイントバック 21,340円

★B型肝炎

0.5ml入り(ビームゲン) ⇒ 7,577円
0.25ml入り(ビームゲン) ⇒ 7,337円
0.25ml入り(ヘプタバックス- II シリンジ) ⇒ 7,417円

(申請金額)

小計(A)+小計(B) =

(A) 円 + (B) 円 = 円

(日付印)

(通し番号)

【別紙】申請額計算書

予防接種の種類/回数	接種日/接種時年齢	金額		①か②の低いほう*
		①接種費	②支払限度額	
小児用肺炎球菌ワクチン 追加	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	13,123円	
5種混合ワクチン 追加	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	◆(表面参照)	
日本脳炎1期初回 (7歳半未満) 1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	8,778円	
日本脳炎1期初回 (7歳半未満) 2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	8,778円	
日本脳炎1期 追加 (7歳半未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	8,778円	
日本脳炎2期	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	7,227円	
DT2期	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	6,347円	
子宮頸がん予防ワクチン (9価シルガード)1回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	26,874円	
子宮頸がん予防ワクチン (9価シルガード)2回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	26,874円	
子宮頸がん予防ワクチン (9価シルガード)3回目	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	26,874円	
RSウイルス感染症(アブリスボ)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	29,942円	
風しん(7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	8,294円	
Hibワクチン ()回目 (7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,045円	
Hibワクチン ()回目 (7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,045円	
Hibワクチン ()回目 (7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,045円	
DPT(ジフテリア破傷風 百日せき) ()回目(7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,538円	
DPT(ジフテリア破傷風 百日せき) ()回目(7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,538円	
DPT(ジフテリア破傷風 百日せき) ()回目(7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,538円	
不活化ポリオワクチン ()回目 (7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	11,198円	
不活化ポリオワクチン ()回目 (7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	11,198円	
不活化ポリオワクチン ()回目 (7歳6か月未満)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	11,198円	
			小計(B)	円

被接種者氏名 (年 月 日生)

予防接種の種類/回数	接種日/接種時年齢	金額		①か②の低いほう*
【長期療養特例:7歳半以上】 5種混合(ゴービック)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	19,712円	
【長期療養特例:7歳半以上】 5種混合(ゴービック)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	19,712円	
【長期療養特例:7歳半以上】 5種混合(クイントバック)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	19,789円	
【長期療養特例:7歳半以上】 5種混合(クイントバック)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	19,789円	
【長期療養特例:7歳半以上】 Hibワクチン	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	8,494円	
【長期療養特例7歳半以上】 麻しん風しん(MR)	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	10,307円	
【長期療養特例7歳半以上】 水痘	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	8,602円	
【長期療養特例:7歳半以上】 風しん	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	6,743円	
【特例対象者:7歳半以上】 日本脳炎	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	7,227円	
【長期療養特例7歳半以上】 日本脳炎	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	7,227円	
【長期療養特例7歳半以上】 不活化ポリオワクチン	年 月 日	①接種費	円	円
	歳 か月	②支払限度額	9,647円	
*免除書類をお持ちの場合は、①の額を記載ください。			小計(C)	円

(申請金額) 小計(C) = 円

(日付印)

(通し番号)