様式第２号（第５関係）

東久留米市特別の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助成金明細書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた医療機関 |  | （医療機関所在地）都･道府･県区･市町･村 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 上限年齢 | 接種年月日 | 接種費用※実際に支払った額 | 助成上限額※市で記入 | 申 請 額※市で記入 |
| ＢＣＧ | 4歳 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| ヒブ | 10歳 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 小児用肺炎球菌 | 6歳 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 四種混合 | 15歳 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 五種混合 | 15歳 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 二種混合（ＤＴ） | 20歳 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 三種混合（ＤＰＴ） | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 不活化ポリオ | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| Ｂ型肝炎 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 麻しん風しん混合（ＭＲ） | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 麻しん | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 風しん | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 水痘（水ぼうそう） | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 日本脳炎 | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| ヒトパピローマウイルス（子宮頸がん予防） | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| ロタワクチン□ロタリックス □ロタテック | 所定の週まで | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |

※　複数の医療機関で異なる予防接種を行った場合、この用紙をコピーしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の合計額※市で記入 | 円 |