

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
-----------------	---