様式第1号-6

市川市特別の理由による任意予防接種費用助成明細書

被接種者氏名

※太線内の接種日、接種費用（医療機関に支払った金額）をご記入ください。

予防接種の種類		上限年齢	接種日	接種費用	**交付金（市担当課記入欄）**
ヒブ	初回1回目	10歳	年　月　日	円	円
	初回2回目		年　月　日	円	円
	初回3回目		年　月　日	円	円
	追加		年　月　日	円	円
小児用肺炎球菌	初回1回目	6歳	年　月　日	円	円
	初回2回目		年　月　日	円	円
	初回3回目		年　月　日	円	円
	追加		年　月　日	円	円
4種混合	1期初回1回目	15歳	年　月　日	円	円
	1期初回2回目		年　月　日	円	円
	1期初回3回目		年　月　日	円	円
	1期追加		年　月　日	円	円
BCG		4歳	年　月　日	円	円
三種混合	1期初回1回目	20歳	年　月　日	円	円
	1期初回2回目		年　月　日	円	円
	1期初回3回目		年　月　日	円	円
	1期追加		年　月　日	円	円
不活化ポリオ	1期初回1回目		年　月　日	円	円
	1期初回2回目		年　月　日	円	円
	1期初回3回目		年　月　日	円	円
	1期追加		年　月　日	円	円
Ｂ型肝炎	1回目		年　月　日	円	円
	2回目		年　月　日	円	円
	3回目		年　月　日	円	円
水痘	1回目		年　月　日	円	円
	2回目		年　月　日	円	円
麻しん風しん（ＭＲ）	1期		年　月　日	円	円
	2期		年　月　日	円	円
麻しん	1期		年　月　日	円	円
	2期		年　月　日	円	円
風しん	1期		年　月　日	円	円
	2期		年　月　日	円	円
日本脳炎	1期初回1回目		年　月　日	円	円
	1期初回2回目		年　月　日	円	円
	1期追加		年　月　日	円	円
	2期		年　月　日	円	円
二種混合	2期		年　月　日	円	円
子宮頸がん（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ）	1回目		年　月　日	円	円
	2回目		年　月　日	円	円
	3回目		年　月　日	円	円
合　計				円	円