

第2号様式（第6条第1項第1号）

（表）

大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用明細書

予防接種名・回数	接種年月日	接種費用① (支払った額)	助成限度額② (委託契約の単価額)	交付申請額 (①と②の少ない額)	接種した医療機関名
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
合 計		円	円	円	

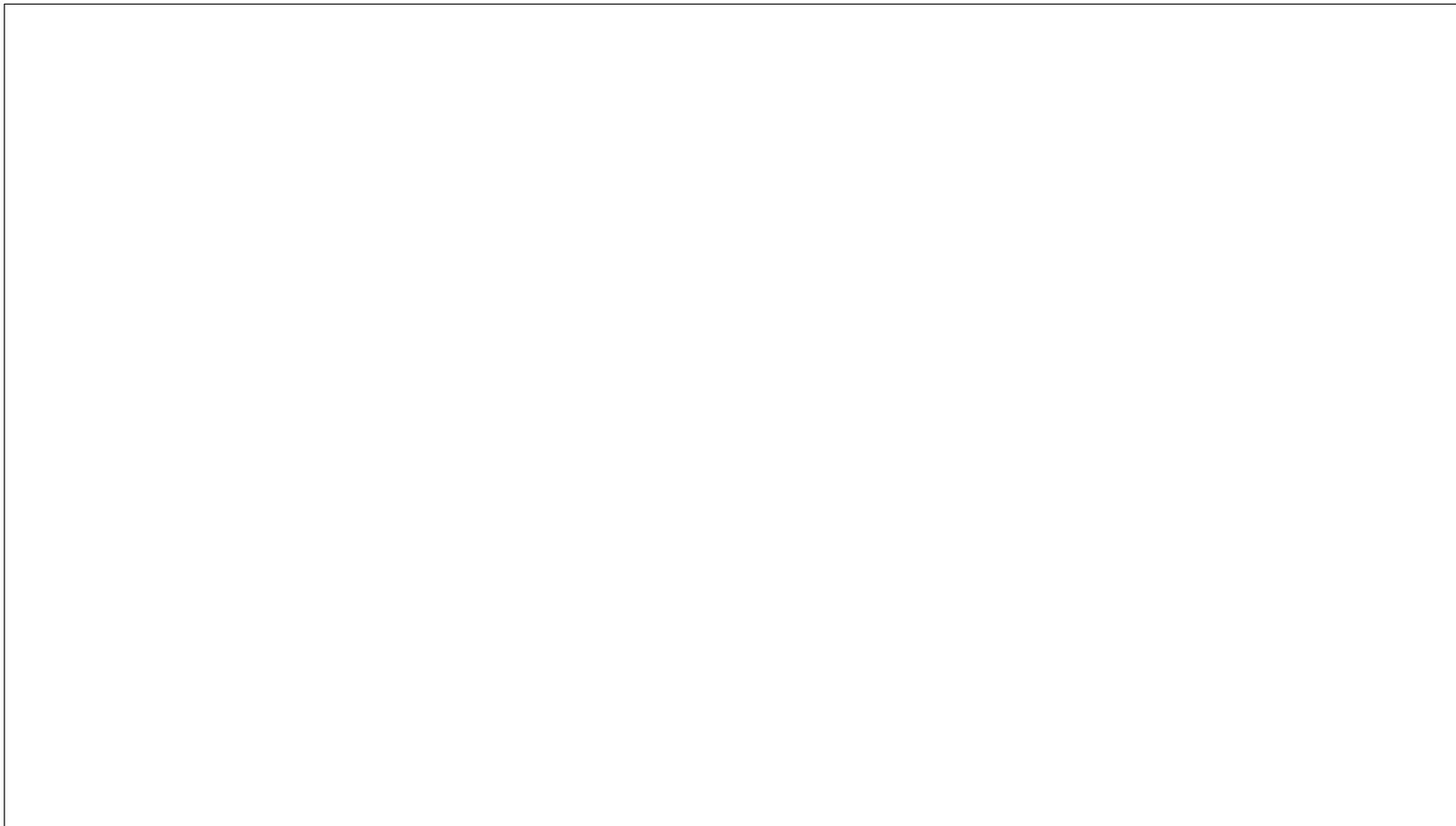
- ※ 交付申請額欄には接種費用と助成限度額のどちらか少ない方の金額をご記入ください。
- ※ ヒブ・・・・・・・・・・上限10歳まで 小児用肺炎球菌・・・・上限6歳まで
 四種混合・・・・・・・・・・上限15歳まで BCG・・・・・・・・・・上限4歳まで
 五種混合・・・・・・・・・・上限15歳まで

裏面に領収書を貼付してください

(裏)

領収書貼付欄

※ 領収書は原本とし、各予防接種の料金がわかるものとしてください。

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting receipts. The box is centered on the page and occupies most of the lower half of the document.