第２号様式（第５条）

茂原市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成明細書

予防接種名 ・回数	接種 年月日	接種した 医療機関名	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を比べて 少ない額）
	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
	年 月　日		円	円	円
	年 月　日		円	円	円
合　計			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。
※４種混合・・・１５歳未満　　ＢＣＧ・・・・・・・４歳未満
　ヒブ・・・・・１０歳未満　　小児用肺炎球菌・・・６歳未満