

第2号様式（第5条）

一宮町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
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