

様式第2号（第6条関係）

袖ヶ浦市特別の理由により免疫が消失した者に対する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の少ない方の額)	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	
	年 月 日	円	円	円	
合 計		円	円	円	

※交付申請額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（10歳まで） 小児肺炎球菌（6歳まで） 5種混合・4種混合（15歳まで） BCG（4歳まで）