

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名 (印)
電話番号
(対象者との関係)

野田市予防接種費用の償還払交付申請書

野田市予防接種費用の償還払を受けたいので、次のとおり申請します。

1 予防接種を受けた者

住 所	
ふ り が な	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日

2 予防接種の内容及び申請額

種 類	接 種 日	負担した予防接種費用	市の契約単価	申 請 額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

注 申請額の欄は、負担した予防接種費用又は市の契約単価のいずれか低い金額を記入してください。

3 添付書類

4 振込先

金融機関名・支店名	
口座番号	普通 当座
ふりがな 口座名義人	

野田市予防接種費用償還払交付申請書明細

令和5年5月現在

ワクチン種別	基準金額 (税抜)	基準金額 (税込)	支払金額	選定額
ヒブ感染症	7,670円	8,437円		
小児の肺炎球菌感染症	10,702円	11,772円		
B型肝炎	5,458円	6,003円		
ロタウイルス感染症 (ロタリックス)	13,001円	14,301円		
ロタウイルス感染症 (ロタテック)	8,431円	9,274円		
DPT-IPV (4種混合)	10,027円	11,029円		
DPT (3種混合)	5,620円	6,182円		
IPV (不活化ポリオ)	9,523円	10,475円		
結核 (BCG)	8,320円	9,152円		
麻しん風しん混合 (MR)	9,594円	10,553円		
水痘	8,022円	8,824円		
麻しん	7,087円	7,795円		
風しん	7,093円	7,802円		
日本脳炎	6,710円	7,381円		
DT (2種混合)	4,760円	5,236円		
ヒトパピローマウイルス感染症 サー バリックス(2価)、ガーダシル(4価)	14,841円	16,325円		
ヒトパピローマウイルス感染症 シルガード9(9価)	27,270円	29,997円		
予診のみ (不適)	2,859円	3,144円		
合計			円	