

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名
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	銀行・金庫 組合・農協	支店名	支 店 出張所
口 座 番 号	普通 当座		
フリガナ 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7年4月現在

ワクチン種別	基準金額	支払金額	選定額
ジフテリア百日せき破傷風不活化 ポリオヒブ (DPT-IPV・Hib)	21,681円		
ジフテリア百日せき破傷風不活化 ポリオ (DPT-IPV)	11,111円		
ジフテリア百日せき破傷風 (DPT)	6,187円		
ジフテリア破傷風 (DT)	5,236円		
不活化ポリオ (IPV)	10,477円		
麻しん風しん混合 (MR)	10,693円		
麻しん	7,851円		
風しん	7,858円		
日本脳炎	7,445円		
結核 (BCG)	12,874円		
ヒブ感染症	9,537円		
小児の肺炎球菌感染症 (15 価)	11,826円		
小児の肺炎球菌感染症 (20 価)	12,585円		
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV) サーバリックス (2 価) ガーダシル (4 価)	16,366円		
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV) シ ルガード9(9 価)	29,997円		
水痘	8,906円		
B型肝炎	6,086円		
ロタウイルス感染症 ロタリックス(1 価)	14,366円		
ロタウイルス感染症 ロタテック(5 価)	9,336円		
予診のみ (不適)	3,188円		
合計		円	