

(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	
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2年4月1日現在

ワクチン種別	基準金額	支払金額	選定額
ヒブ感染症	8,361円		
小児の肺炎球菌感染症	11,727円		
DPT-IPV(4種混合)	10,957円		
DPT(3種混合)	5,468円		
B型肝炎	5,930円		
DT	5,237円		
IPV(不活化ポリオ)	9,802円		
結核(BCG)	6,807円		
麻しん風しん混合(MR)	10,462円		
水痘	8,757円		
麻しん	6,887円		
風しん	6,898円		
日本脳炎	7,382円		
ヒトパピローマウイルス感染症 (2価・4価)	16,257円		
予診のみ(不適)	3,092円		
合計			円