

別紙 内訳明細書

記入例

予防接種の種類	接種医療機関名	回数	接種年月日	接種に要した金額	助成（申請）額
RSウイルス			年 月 日	円	円
ロタリックス	Aクリニック	1回目	2026年 4月 13日	15,100円	15,000円
		2回目			
助成上限額を参照し、上限を超えない方の金額を記入してください。					
ロタテック		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
小児用肺炎球菌	Aクリニック	1回目	2026年 4月 13日	12,000円	12,000円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
		追加	年 月 日	円	円
B型肝炎	Aクリニック	1回目	2026年 4月 13日	6,000円	6,000円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
五種混合	Aクリニック	1回目	2026年 4月 13日	20,000円	20,000円
		2回目	年 月 日	円	円
		3回目	年 月 日	円	円
		追加	年 月 日	円	円
BCG			年 月 日	円	円
MR		1期	年 月 日	円	円
		2期	年 月 日	円	円
水痘		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日	円	円
日本脳炎		1期1回目	年 月 日	円	円
		1期2回目	年 月 日	円	円
		1期追加	年 月 日	円	円
				申請額合計	53,000円

申請する金額（右端の列をすべて足した額）を記入してください。