

予防接種内訳書

被接種者の氏名：

生年月日： 年 月 日

1	ワクチン名	接種年月日	年 月 日	市確認欄
		接種費用	円	
	接種回数	医療機関名		
	回目	助成申請額①	円	
2	ワクチン名	接種年月日	年 月 日	市確認欄
		接種費用	円	
	接種回数	医療機関名		
	回目	助成申請額②	円	
3	ワクチン名	接種年月日	年 月 日	市確認欄
		接種費用	円	
	接種回数	医療機関名		
	回目	助成申請額③	円	
4	ワクチン名	接種年月日	年 月 日	市確認欄
		接種費用	円	
	接種回数	医療機関名		
	回目	助成申請額④	円	
5	ワクチン名	接種年月日	年 月 日	市確認欄
		接種費用	円	
	接種回数	医療機関名		
	回目	助成申請額⑤	円	
6	ワクチン名	接種年月日	年 月 日	市確認欄
		接種費用	円	
	接種回数	医療機関名		
	回目	助成申請額⑥	円	
		①～⑥の 合計額を記入	円	

注意

- 1 7件以上ある時はコピーして使用ください。
- 2 接種費用は、A類予防接種に係る依頼先医療機関から交付された領収書の金額を転記してください。
- 3 太枠欄には記入しないでください。