

被接種者氏名		生年月日	H / R 年 月 日 (歳 か月)
保護者氏名		住所	延岡市

Hib	接種年月日	(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用		円
小児用肺炎球菌	接種年月日	(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用		円
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	接種年月日	(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用		円
4種混合(DPT-IPV) 2種混合(DT)	接種年月日	(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用		円
不活化ポリオ	接種年月日	(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用		円

BCG	接種年月日	R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
	接種費用	円
MR二種混合 麻しん 風しん	接種年月日	(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
	接種費用	円
日本脳炎	接種年月日	(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
		(第 期 回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用	円	
水痘	接種年月日	(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用	円	
B型肝炎	接種年月日	(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用	円	
ロタウイルス (1価 ・ 5価)	接種年月日	(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
		(回目) R 年 月 日
	接種時点年齢	歳 か月
	接種医療機関名	
接種費用	円	

償還払い申請額合計

円