

ヒブ	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
小児用肺炎球菌	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
水痘	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
BCG	接種年月日	年 月 日				
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
B型肝炎	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
不活化ポリオ	接種年月日	回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
		回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
4種混合	接種年月日	第 期 (回)	年	月	日	
		第 期 (回)	年	月	日	
		第 期 (回)	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
2種混合	接種年月日	年 月 日				
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
麻しん風しん 混合(MR) 麻しん・風しん	接種年月日	第 期 年 月 日				
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円
日本脳炎	接種年月日	第 期 (回)	年	月	日	
		第 期 (回)	年	月	日	
		第 期 (回)	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用	円			※委託契約額	円

子宮頸がん	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用		円	※委託契約額		円

注) ※欄は記入しないでください。

助成額は、接種費用と広川町が八女筑後医師会と委託契約している額のいずれか低い方の額となります。