

様式第4号（第6条関係）

予 防 接 種 明 細 書

| 予防接種名                      | 予防接種の内容 |       |          |
|----------------------------|---------|-------|----------|
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
|                            | 接種年月日   | 年 月 日 |          |
|                            | 医療機関名   |       |          |
|                            | 接種費用    | 円     | ※委託契約額 円 |
| ※予防接種毎の接種費用と委託契約額の低い方の額の合計 |         |       | 円        |

注) ※欄は記載しないでください。

助成額は、接種費用と八女市が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。