

様式第 6 号（第 7 条関係）

造血幹細胞移植後ワクチン再接種明細書

被接種者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）

予防接種の種類	接種費用	助成限度額	決定額
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合 計	円	円	円

※太枠内は記入しないでください。