

接種内容 (太枠内の該当箇所を記入してください)

予防接種		接種年月日	①	②	③
			接種費用 (支払った額)	助成上限額 ※長岡市が記入	助成金額 (①か②の 少ない金額) ※長岡市が記入
ロタ	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目 (ロタテックのみ)	年 月 日			
B型肝炎	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	追加	年 月 日			
小児用肺炎球菌	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	追加	年 月 日			
ヒブ(Hib)	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	追加	年 月 日			
BCG		年 月 日			
麻しん風しん混合 (MR)	1期	年 月 日			
	2期	年 月 日			
水痘	1回目	年 月 日			
	1回目	年 月 日			
日本脳炎	1期初回 1回目	年 月 日			
	1期初回 2回目	年 月 日			
	1期追加	年 月 日			
	2期	年 月 日			
二種混合(DT)		年 月 日			
HPV	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
RSウイルス		年 月 日			
(※長岡市が記入)助成金額の合計(それぞれの予防接種の①か②のどちらか少ない金額の合計)					円

添付書類:領収書原本・接種済予診票・母子健康手帳(予防接種の記録)の写し、振込口座の写し