

様式第5号（第6条関係）

造血幹細胞移植後の予防接種再接種実施報告書

1 再接種を受けた者

氏名		生年 月日	年 月 日
住所			

2 再接種の内訳書

ワクチンの種類	再接種日	支払額 (A)	助成限度額 (B)	(A)と(B) とを比較して 低い額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合計				円