

宍粟市帯状疱疹ワクチン任意接種費助成事業申請用証明書
(令和7年度)

年 月 日

宍粟市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所：宍粟市

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記の者に対し、次のとおりワクチン接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。(以下、医療機関証明欄)

予防接種の種類 ※該当するものに○を 付けてください。		乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	
		乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） 1 回目	
		乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） 2 回目	
接種年月日	1 回目	年 月 日	
	2 回目(※)	年 月 日	
接種に要した費用	1 回目	円	
	2 回目(※)	円	
実施医療機関	実施場所（住所）		
	医療機関名		
	医師名		
		医師署名又は記名押印	

(※) 不活化ワクチンのみ