

宍粟市帯状疱疹ワクチン接種費助成事業申請用証明書

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