

带状疱疹ワクチン任意予防接種償還払い申請用証明書

伊豆の国市長 殿

(被接種者情報)※申請者が記入

|      |             |
|------|-------------|
| 住 所  | 伊豆の国市       |
| 氏 名  |             |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 |

上記被接種者が、以下のとおり带状疱疹ワクチンを接種し、その接種費用を徴収したことを証明します。

| ワクチンの種類                | 接種年月日    | ロット番号 | 接種量 | 領収金額 |
|------------------------|----------|-------|-----|------|
| 带状疱疹<br>生ワクチン          | 令和 年 月 日 |       | mℓ  | 円    |
| 带状疱疹<br>不活化ワクチン<br>1回目 | 令和 年 月 日 |       | mℓ  | 円    |
| 带状疱疹<br>不活化ワクチン<br>2回目 | 令和 年 月 日 |       | mℓ  | 円    |

令和 年 月 日

実施医療機関所在地

医療機関名称

代表者名

印