帯状疱疹ワクチン接種償還払い申請用証明書

令和　　年 月 日

函南町長　仁科　喜世志　様

下記の者が帯状疱疹ワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 |  |
| ワクチンの 種 類 | □帯状疱疹生ワクチン (1回のみ) |
| □帯状疱疹不活化ワクチン (1回目・2回目) |
| 予防接種を受けた年 月 日 | 1回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL |
| 年月 日 |
| 2回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL |
| 年月 日 |
| 領収金額 | 1回目 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 2回目 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 合計金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

実施場所：

（医療機関名）

医師名：

医師署名又は記名押印：