

带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

下記の者が带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	<input type="checkbox"/> 带状疱疹生ワクチン (1回のみ)		
	<input type="checkbox"/> 带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		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	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：