様式第２号（第４条関係）

美咲町帯状疱疹予防接種費用助成金申請用証明書

　　年　　月　　日

美咲町長　　　　　　　　　あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：美咲町

氏　　名：

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

下記のとおり、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種の種類  ※該当するものに〇を付けてください。 |  | 水痘生ワクチン |
|  | 帯状疱疹ワクチン（１回目） |
|  | 帯状疱疹ワクチン（２回目） |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 接種に要した費用 | 円 | |
| 実施医療機関 | 実施場所（住所）  医師署名又は記名押印 | |