

様式第2号（第5条関係）

芦北町带状疱疹ワクチン任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

芦北町長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

上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。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）				
	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）				
予防接種を受けた年月日	不活化ワクチン	1回目	ロット番号	接種量	自己負担額
		接種年月日		0.5ml	
		年 月 日			
	生ワクチン	1回	ロット番号	接種量	自己負担額
		接種年月日		0.5ml	
		年 月 日			

実施場所：

医師署名又は記名押印：