

高齢者帯状疱疹に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

水巻町長 殿

(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、高齢者帯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"/> 生ワクチン (ビケン)			
	<input type="checkbox"/> 組換えワクチン (シングリックス)			
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
	令和 年 月 日			
	2回目 (組換えワクチンのみ)		ロット番号	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	令和 年 月 日			
予防接種料金	1回目	円	合計	
	2回目	円		

【実施場所】

【医師名 (医師署名又は記名押印)】