帯状疱疹ワクチン接種償還払い申請用証明書

年 月 日

伊豆市長 殿

(被接種者情報)※申請者が記入住 所： 氏 名： 生年月日：

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | |
| □帯状疱疹不活化ワクチン （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 | 接種費用  自己負担金 |
| 接種年月日 |  | 0.5mL |  |
| 年  月 日 |
| 2回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用  自己負担金 |
| 接種年月日 |  | 0.5mL |  |
| 年  月 日 |

実施場所：

医師名：

医師署名又は記名押印：