

様式第2号(第4条関係)

秩父市帯状疱疹予防接種費用助成金申請用証明書

年 月 日

秩父市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所: _____

氏 名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

上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	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン	
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン	
接種日	1回目	金 額
	年 月 日	金 円
	2回目	金 額
	年 月 日	金 円

実施医療機関名:

住 所:

電 話 番 号:

医 師 名: