

様式第 2 号 (第 5 条関係)

愛西市帯状疱疹予防接種費用助成申請用証明書

年 月 日

(宛先) 愛西市長

(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予防接種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 (生ワクチン)		
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		
予防接種を受けた年月日	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		mL
	年 月 日		mL

※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出すること。

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

(医師名は、自筆以外は押印が必要)