

様式第2号（第6条関係）

羽村市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

羽村市長 宛

（申請者兼被接種者情報）※申請者が記入

住 所：羽村市

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記の者が帯状疱疹予防接種を受け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	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	2回目 (※不活化ワクチンのみ)	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		

医療機関所在地：

医療機関名称：

医師署名又は記名押印：