

帯状疱疹ワクチン接種費用助成申請用支払い済証明書

伊丹市長様

下記の者が任意接種（接種費用自己負担）として帯状疱疹に係る予防接種を受け、
接種費用を支払ったことを証明します。

被接種者名	
生年月日	年 月 日
ワクチン名、Lot.No	
接種日	年 月 日
接種費用領収額 (税込)	円

発行者

医療機関名

住所

開設者名および開設者印