

生駒市任意予防接種費用補助金交付

申請用証明書

年 月 日

生駒市長殿

被接種者情報 ※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者が下記の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"/> 麻しん・風しん混合ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン		
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
予 防 接 種 実 施 年 月 日	接種年月日	ロット No.	接種量
	年 月 日		0.5ml
	年 月 日		0.5ml
	年 月 日		0.5ml
接 種 金 額	円		

実 施 医 療 機 関：

医 師 名：

医師署名又は記名押印：