第2号様式（第4条関係）

国見町帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金交付申請用証明書

年　　月　　日

　国見町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所　国見町

　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | □乾燥弱毒性水痘ワクチン（生ワクチン） |
| □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 | ワクチンの種類 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 生ワクチン | 年　　月　　日 |  | ｍL |
| 不活化ワクチン1回目 | 年　　月　　日 |  | ｍL |
| 不活化ワクチン2回目 | 年　　月　　日 |  | ｍL |

　　　　　　　　　　　　医療機関所在地：

　　　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　医師署名又は記名押印：