第２号様式（第４条関係）

高齢者用肺炎球菌任意予防接種償還払い申請用証明書

　　年　　月　　日

　　練馬区長　殿

（被接種者情報）※本人が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

上記の者が高齢者用肺炎球菌ワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ワクチン  の種類 | □23価肺炎球菌莢膜多糖体ワクチン | | |
| 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 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名または記名押印：

※法人の場合は押印