

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	<input type="checkbox"/> 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