第２号様式（第４条関係）

帯状疱疹任意予防接種償還払い申請用証明書

　　年　　月　　日

　　練馬区長　殿

（申請者兼被接種者情報）※本人が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

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 | □生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン） |
| □不活化ワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン） |
| 予防接種を受けた年月日 | １回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 　　　　年月　　日 |
| （不活化のみ）２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL |
| 　　　　年月　　日 |

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：