様式第３号(第６条関係)

帯状疱疹予防接種費領収書

年　　月　　日

（接種者氏名）

　　　　　　　　　　　　　様

　下記のとおり、帯状疱疹予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類※該当するものの（　　）に〇を付けてください。 | 　（　　　）生ワクチン　（　　　）不活化ワクチン１回目　（　　　）不活化ワクチン２回目 |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日　　　　　　　　　 |
| 接種に要した費用 | 円　　　　　　　　 |
| 　接種医療機関　　　　住　　　所　　　　医療機関名　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 |