

熊谷市帯状疱疹予防接種助成金償還払い申請用証明書

年 月 日

熊谷市長 宛

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

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	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（組換えワクチン）	
予防接種を受けた 年月日	1回目	金 額
	年 月 日	金 円
	2回目	金 額
	年 月 日	金 円

実施場所：

医師名：

医師署名又は記名押印