

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 氏 名 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	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	
	☐ 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