

様式第 3 号（第 1 0 条関係）

年 月 日

瑞穂町長 あて

接種を受けた方
住 所

氏 名
電話番号

瑞穂町带状疱疹予防接種費助成金交付申請用証明書

上記の者が带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（ビケン）		
	☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（シングリックス）		
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 ロ ッ ト 番 号 接 種 量	1 回目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接種年月日		0. 5 ml
	年 月 日		
	2 回目	ロ ッ ト 番 号	接 種 量
	接種年月日		0. 5 ml
	年 月 日		

接種医療機関：

医療機関コード：

医師名：