

様式第2号（第5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B類疾病定期予防接種費用助成金の償還払交付申請用証明書

上記の者が次のとおり予防接種を実施したことを証明します。

ワクチンの種類			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 ロ ッ ト 番 号 接 種 量	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 ml

ワクチンの種類			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 ロ ッ ト 番 号 接 種 量	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 ml

ワクチンの種類			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 ロ ッ ト 番 号 接 種 量	接種年月日 年 月 日	ロット番号	接種量 ml

接種医療機関：

医療機関コード：

医師名：