帯状疱疹任意接種償還払い申請用証明書

令和　　年　　月　　日

世田谷区長あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

上記の者が以下のとおりワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチンの種類 | 帯状疱疹不活化ワクチン（シングリックス） |
| 予防接種を  受けた年月日 | １回目 |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ２回目 |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 文書料 | 円  ※本証明書の発行に際し、文書料を徴収した場合のみ記入して  ください。 |

※１回目は令和６年４月１日～令和７年３月３１日の接種が対象です。

※２回目は令和７年４月１日～令和８年３月３１日の接種が対象です。

　　　　　　　（医療機関情報）※医療機関が記入

　医療機関所在地

医療機関名

医師署名又は記名押印