

様式第4号（第7条関係）

\_\_\_\_\_様

予防接種確認証

被接種者住所		
被接種者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	生

予防接種費用助成のため、接種ワクチン名等について確認したく、下記事項について記入方お願いいたします。

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

記

※医療機関記入欄

予防接種の種類	接種年月日	接種料金
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
接種医療機関名 及び 所在地・電話番号	⑩	