※**任意接種分のみ**記載をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子宮頸がん予防ワクチン接種支払証明書 | | | | |
| 接種を受けた者の氏名 | |  | | |
| 任 意 接 種 実 施 年 月 日 | | | 受 領 年 月 日 | 受　領　金　額 |
| １回目 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | 円 |
| ２回目 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | 円 |
| ３回目 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | 円 |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  所在地  医療機関名等　　名　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

・この証明書は、領収書を紛失した場合にご使用ください

・予防接種を受けた医療機関で証明を受けてください。