

インフルエンザ予防接種実施証明書

接種を受けた者の氏名		受領金額	円
接種実施年月日	令和 年 月 日	受領年月日	令和 年 月 日
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日			
医療機関名等		所在地 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。
- 請求書「インフルエンザ予防接種費用助成金請求書」に添付し提出してください。
- この証明書は接種 1 回につき、1 枚が必要となります。