様式第２号（第５条関係）

風しんワクチン予防接種費助成事業
接 種 済 証 兼 領 収 証

下記、受診者につき　・　風しんワクチン

・　麻しん風しん混合ワクチン　　接種を実施し、

下記の金額を領収しました。

記

受診者

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

予防接種を行った年月日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

メーカー／Lot　No.　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

領収金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

接種医療機関

名　　称

住　　所

接　種　医　　㊞

※接種医療機関の名称及び住所並びに接種医の氏名・押印ないものは、無効とする。