

様式第 2 号（第 5 条関係）

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請用証明書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

（宛先）秋田市長

医療機関名 △△医院

医師署名又は記名押印 ▲▲ ▲▲

被接種者がインフルエンザワクチンを接種したことを証明します。

被 接 種 者	フリガナ	*** ****		
	氏 名	●● ■■		
	生年月日	□□ 年 □□ 月 □□ 日		
接 種 種 類	☒ インフルエンザH A ワクチン（注射） ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻）			
接種日、接種金額、 ロット番号		接 種 日	接 種 金 額	ロ ッ ト 番 号
	1 回 目	令和◇◇年◇◇月◇◇日	☆☆☆☆ 円	★★★★ □ 不明
	2 回 目	令和◇◇年◇◇月◇◇日	☆☆☆☆ 円	★★★★ □ 不明