

接種費用内訳表

* 医療機関へお願い *

▼接種者の氏名と生年月日をご記入ください。

氏名		生年月日	年	月	日
----	--	------	---	---	---

▼接種費用の助成手続きのため、接種年月日と領収額をご記入ください。

ワクチン名	接種年月日	領収額	助成額
インフルエンザワクチン	令和 年 月 日	円	1,000円

上記領収額をインフルエンザワクチン接種にかかる本人負担額として領収したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

印

代表者名