

様式第2号(第5条関係)

水痘・おたふくかぜ予防接種費領収書

年 月 日

(保護者)

様

下記のとおり、予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

被接種者氏名	
予防接種の種類	水痘(2回目) ・ おたふくかぜ( 回目)
接種年月日	年 月 日
接種金額	円
実施医療機関 住所 氏名	①

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

※予防接種の種類については、いずれかに○印を付けてください。