

インフルエンザ予防接種証明書

朝来市長 様

下記の者にワクチン接種をしたことを証明します

年 月 日

接種医療機関名	※
接種日（1回目）	年 月 日
接種日（2回目）	年 月 日

（※代表者が手書きしない場合は記名押印してください。）

【助成対象者記入欄】

年 月 日

助成対象者（予防接種を受ける人又は保護者）

氏名

（自署されない場合は記名押印してください。）

インフルエンザ予防接種に関して、被接種者の身体状況等について、医療機関が市に報告すること、及び必要時は市が主治医に確認することに同意します。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
予防接種を受ける人の氏名		男・女	年 月 日	満 歳 か月
住所	朝来市		電話番号	
助成対象区分 （該当区分の□にレ印を記入してください。）	被接種者		接種日	
	☐ 1 生後6月から13歳未満の者	☐ 1回目 ☐ 2回目	年 月 日	年 月 日
	☐ 2 13歳以上中学校3年生相当の年齢までの者		年 月 日	
	☐ 3 2歳以上中学校3年生相当の年齢までの者で経鼻ワクチンを接種するもの		年 月 日	
	☐ 4 60歳未満の者で身体障害者手帳（内部障害1級又は2級）を所持している者		年 月 日	
	☐ 5 60歳以上65歳未満の者で身体障害者手帳（内部障害1級又は2級）を所持し、定期接種の対象とならないもの		年 月 日	