

様式第2号（第5条関係）

領 収 証 書 (予 防 接 種 証 明 書)	
被接種者氏名	
ワクチンの種類	不活化ワクチン ・ 経鼻弱毒生ワクチン
領 収 金 額	円
領 収 日 (接種実施日)	年 月 日
これは、インフルエンザ予防接種の代金です。 年 月 日 医療機関 所 在 地 名 称 代 表 者 名 ㊞	

(注意)

- 1 この領収証書は、三朝町障がい児・者インフルエンザ予防接種助成金請求書の添付資料です。
- 2 収入印紙は不要です。