様式第２号（第３条関係）

河内長野市新型コロナウイルス感染症の発生に伴う

定期予防接種費用助成金交付申請用証明書

　　年　　　月　　　日

（宛先）河内長野市長

（申請者）

住所：

氏名：

下記の者について、予防接種を実施し、これに係る費用を下記のとおり領収したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者住所 | 〒586-  河内長野市 |
| 被接種者氏名 |  |
| 生年月日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 領収額 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |

　　年　　月　　日

所在地

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号