

# 記入例

第4号様式（第7条関係）

練馬区風しん追加的対策事業（第5期定期接種）の接種  
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン等接種償還払い

医療機関が証明書を  
記入した日

令和〇年 〇月 〇日

練馬区長 殿

住民票に記載の住所

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：練馬区豊玉北6-12-1

氏 名：練馬 太郎

生年月日：昭和〇年〇月〇日

これより下は医療機関が記入

を接種したことを証明します。

ワクチン の 種 類	<input checked="" type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）ワクチン	
	<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン	
予防接種 を受けた 年 月 日	接種年月日	ロット
	令和〇年 〇月〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇

【医療機関名・医療機関コード】は、  
ゴム印等を使用して記入

※ ゴム印等がない場合は手書きも可ですが、  
後日、区から医療機関へ事実確認を行う  
可能性があります。ご了承ください。

医療機関名：〇〇クリニック

医療機関コード：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

医師署名：〇〇〇 〇〇

または記名押印

【医師署名または記名押印】は、証明書の名義によって記入方法が異なる。

(1) 医師個人名義とする場合（①または②のどちらかで記入）

- ① 医師の直筆で医師名を記入
- ② ゴム印等で医師名を記入後、医師名字で押印

(2) 法人名義とする場合

- ・ ゴム印等または手書きで法人名を記入後、法人代表者印で押印

※ 医師名字・法人代表者印は、シャチハタ不可