第２号様式（第４条関係）

新型コロナ任意予防接種償還払い申請用証明書

　　年　　月　　日

　　練馬区長　殿

　（申請者兼被接種者情報）※本人が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

上記の者が新型コロナワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ワクチン  の種類 | □新型コロナワクチン | | |
| 予防接種を受けた  年月日 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 |  | mL |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名または記名押印：

※法人の場合は押印