様式第２８号

**予防接種費証明書**

￥

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

月分内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児　　童　　名 | 接 種 種 類 | 金　　　額 | 内　　　訳 |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
| 合　　　　計 | 円 |  |

１．　領収書等，支払ったことがわかる書類を添付してください（写しで可）。

２．　内訳には，「○月○日○○内科受診」のように記載してください。

上記のとおり，予防接種費を支払ったことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

※　法人の場合は記名押印してください。

法人以外でも、本人（代表者）が自署しない場合には、記名押印してください。