インフルエンザ予防接種代金の負担に係る証明書

（証明者）　住所

名称

代表者氏名　　印

私は，下記の者がインフルエンザ予防接種費用として，各自己負担額を負担したことを証明します。

No	被接種者名	生年月日	住所	接種年月日	自己負担額
例	宇都宮　花子	S60.1.1	宇都宮市 竹林町972番地	R2.11.1	3,000円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円
		．　．	宇都宮市	．　．	円