

様式第 2 号(第 5 条関係)

領 収 証 書 (接種証明書)	
予防接種をした者の氏名	
領 収 金 額	円
領 収 日 (接種実施日)	年 月 日
これは、インフルエンザ予防接種の代金です。 年 月 日 医療機関の 所 在 地 名 称 開設者名	

(注意)

- 1 この領収証書は、北栄町障がい児・者季節性インフルエンザ予防接種助成金請求書の添付資料です。
- 2 収入印紙等は不要です。