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。