（様式第２号）

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い定期接種期間外に接種した予防接種に係る確認書類

医療機関が記載			
接種年月日	予防接種の種類	接種医療機関	支払金額（A）
年　　月　　日		医療機関名 代表者職氏名 印	円
年　　月　　日		医療機関名 代表者職氏名 印	円
年　　月　　日		医療機関名 代表者職氏名 印	円
年　　月　　日		医療機関名 代表者職氏名 印	円
年　　月　　日		医療機関名 代表者職氏名 印	円