

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

<医療機関記入欄> ※申請者が領収書等を紛失し、接種費用が分からないときに記入してください。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス)	<input type="checkbox"/> 左記以外 (ワクチン名記載)	
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル)		
予防接種を受けた年月日	1回目	※ワクチン料金(税込み) _____ 円	
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5 ml
	2回目	※ワクチン料金(税込み) _____ 円	
	接種年月日	ロット番号	接種量
	年 月 日		0.5 ml
	3回目	※ワクチン料金(税込み) _____ 円	
	接種年月日	ロット番号	接種量
年 月 日		0.5 ml	

医療機関住所： 〒

医療機関名：

医師名(管理者名)：

医師署名又は記名押印：