

様式第2号

子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)に係る任意接種助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

大和高田市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所： _____
氏 名： _____
生年月日： _____

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン(HPVワクチン)を接種したことを確認しました。

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"/> 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	ロット番号	接種量	接種料(※)
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料(※)
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料(※)
接種年月日				
年		0.5 mL	¥ _____ 円	
月 日				
実施場所				
医師名				
医師署名 又は記名押印				

※接種料が不明な場合は「不明」とご記入ください。