

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症（HPV）ワクチン任意接種費用助成金申請用証明書

令和 年 月 日

鈴鹿市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

現住所：_____

氏名：_____

生年月日：_____

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

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）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）			
予防接種を受けた年月日	1回目	メーカー・ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	2回目	メーカー・ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	3回目	メーカー・ロット番号	接種量	接種費用
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月 日				

医療機関コード：

実施医療機関所在地：

実施医療機関名称：

医師署名又は記名押印：