様式第２号（第４条関係）

度会町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付申請用証明書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）度会町長

（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 | □組換え沈降２価HPVワクチン（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価HPVワクチン（ガーダシル） |
| □組換え沈降９価HPVワクチン（シルガード９） |
| 1回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用（自己負担分） |
|  年 月 　日 |  | ０．５　　ｍＬ | 円 |
| 2回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用（自己負担分） |
| 　年　 月 　日 |  | ０．５　　ｍＬ | 円 |
| 3回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用（自己負担分） |
| 　年 月 　日 |  | ０．５　　ｍＬ | 円 |
| 医療機関名所在地医師又は代表者（署名又は記名押印）電話番号 |