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

支給申請用証明書

年　月　日

被接種者　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 | | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | | |
| １回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年　月　日 |  | 0.5㎖ |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年　月　日 |  | 0.5㎖ |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年　月　日 |  | 0.5㎖ |

実施医療機関

医療機関コード

所在地

医療機関名

医師名

（署名又は記名押印）