

第2号様式（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申請用証明書

大和市長 殿

接種を受けた人が申請者です。

※未成年の場合、保護者が申請してください

(被接種者情報) ※申請者が記入

住所：大和市〇〇〇

氏名：〇〇 〇〇

生年月日：平成 〇年 〇月 〇日

以下は接種をした医療機関が記入してください。

| | | |
|-------------|--|-------------|
| ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（サーバリックス） | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ガーダシル） | |
| 予防接種を受けた年月日 | 1回目（接種量 0.5ml） | |
| | 接種年月日 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | ロット番号 | 〇〇〇〇〇〇 |
| | 2回目（接種量 0.5ml） | |
| | 接種年月日 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | ロット番号 | 〇〇〇〇〇〇 |
| | 3回目（接種量 0.5ml） | |
| | 接種年月日 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | ロット番号 | 〇〇〇〇〇〇 |

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。

令和 〇年 〇月 〇日

医療機関の名称：〇〇病院

医療機関所在地：〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号

医療機関電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

医師署名又は記名押印：〇〇 〇〇