

被接種者情報以外は医療機関が記入

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がんワクチン任意接種助成金申請用証明書

年 月 日

福津市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種費用（※）
	接種年月日			
	年 月 日		0.5 mL	_____ 円
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用（※）
	接種年月日			
	年 月 日		0.5 mL	_____ 円
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用（※）
	接種年月日			
	年 月 日		0.5 mL	_____ 円
実施医療機関名	(医療機関コード： _____)			
代表者氏名 又は 接種を行った医師名	(※) _____ (※) (※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。			

※接種費用が不明な場合は「不明」とご記入ください。

(注) 医療機関に本紙の記入を依頼した際に、文書料（発行手数料）が必要となる場合がありますが、その費用は自己負担となり、払い戻し額へ含むことはできません。