

第2号様式（第4条関係）

上越市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交付申請用証明書

年 月 日

(宛先) 上越市長

(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	<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®)			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日		0.5 mL	_____円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日		0.5 mL	_____円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日		0.5 mL	_____円
	年 月 日			
医療機関名	(医療機関コード: _____)			
医師名				
医師署名 又は記名 押印				

※ 接種料が不明な場合は、「不明」とご記入ください。