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 | □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®） | | | |
| 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。