

記入例

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

令和4年7月25日

（宛先）上越市長

（被接種者情報）※申請者が記入

申請者記入部分

住所： 上越市木田1丁目1番3号

氏名： 上越 花子

生年月日： 平成11年4月1日

医療機関記入部分

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。