

様式第2号（第4条関係）

鴻巣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）鴻巣市長

（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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (組換え沈降2価HPVワクチン)			
	<input 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 (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	実費負担額
	接種年月日		0.5mL	円
	年			
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	実費負担額
	接種年月日		0.5mL	円
	年			
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	実費負担額
接種年月日		0.5mL	円	
年				
月 日				

実 施 場 所 _____

医療機関コード _____

医 師 名 _____

（署名又は記名押印）