様式第２号（第４条関係）

基山町ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費助成金交付申請用証明書

　　年　　月　　日

基山町長　　　　　　　　　　様

 （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 | □ 組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □ 組換え沈降４価ＨＰＶワクチン |
| 予防接種状況等 | １回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額 |
| 接種年月日　　年 　月 　日 |  | ml | 円 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額 |
| 接種年月日　年 　月 　日 |  | ml | 円 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額 |
| 接種年月日　　年 　月 　日 |  | ml | 円 |

医療機関名：

医師の署名又は記名押印：