

様式第2号(第6条関係)

岡崎市子宮頸がん予防接種費補助金交付申請用証明書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

(被接種者情報) 申請者が記入

住所: _____

氏名: _____

生年月日: 平成 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)		
	上記2種類以外のワクチン接種の場合は、払い戻しの対象となりません。		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年 月 日		

接種及び証明医療機関

住所:
医療機関名:
電話番号:
医師名(署名又は記名押印):