様式第２号（第７条関係）

ＨＰＶ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

湯沢市長　様

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

次のとおりＨＰＶワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者  (接種者記入) | 住所 | | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | | |
| 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  を受けた  年月日 | １回目 | ロット番号 | | 接種量 | 領収金額 |
| 接種年月日 |  | | 0.5　mL | 円 |
| 年  月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | | 接種量 | 領収金額 |
| 接種年月日 |  | | 0.5　mL | 円 |
| 年  月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | | 接種量 | 領収金額 |
| 接種年月日 |  | | 0.5　mL | 円 |
| 年  月　　日 |