

記載例

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種助成金交付申請書用証明書

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

接種した（受けた）方を申請者が記入します。  
※未成年の場合は、保護者が申請者です。

住 所： 相模原市中央区中央〇-〇-〇

氏 名： 〇 〇 〇 〇

接種した方 ※申請者が記入

生年月日： 平成〇〇年〇月〇〇日

以下は、接種を実施した医療機関が記入してください。

上記の各接種回において、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 checked="" 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等	1回目	接種年月日	ロット番号	接種費用
		<b>H〇〇年 〇月〇〇日</b>	<b>△△△△</b>	<b>〇〇〇〇〇円</b>
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種費用
		<b>H〇〇年 〇月〇〇日</b>	<b>△△△△</b>	<b>〇〇〇〇〇円</b>
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種費用
		<b>H〇〇年 〇月〇〇日</b>	<b>不明</b>	<b>不明 円</b>

○医療機関の方へ

- ・貴院で実施した分のみ記載してください。
- ・ロット番号、接種費用が不明な場合は、その旨記載してください。

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

住 所： 相模原市 緑区 〇〇 〇〇〇番地

実施医療機関 名 称： 〇〇クリニック

医師名： 〇 〇 〇 〇

(医師署名又は記名押印)