様式第2号（第4条関係）

　 年　 月 　 日

　　都留市長　　様

都留市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金申請書兼請求書用証明書

（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 | □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 |  |
| 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 |

医療機関名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞