様式第２号（第４条関係）

**南伊勢町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）南伊勢町長

所在地

名　称

医療機関等　　医師又は代表者氏名

　　　　　　　電話番号

下記のとおりヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種し、接種費用を領収したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名　　　 |  |
| 生年月日 | 　　平成　　　年　　月　　日 |
| 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） |
| □組換え沈降９価HPVワクチン（シルガード９） |
| 予防接種を受けた年月日・ロット番号・接種費用(自己負担額) | 1回目 | ロット番号 | 接種費用(自己負担額) |
| 接種年月日 |  |  |
| 　年月日 |
| 2回目 | ロット番号 | 接種費用(自己負担額) |
| 接種年月日 |  |  |
| 　年月日 |
| 3回目 | ロット番号 | 接種費用(自己負担額) |
| 接種年月日 |  |  |
| 　年月日 |
| 備　　考 |  |