

伊勢市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）伊勢市長

所在地
 名 称
 医療機関等 医師又は代表者氏名
 （署名又は記名押印）
 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（自己負担分）を領収したことを証明します。

記

医 療 機 関 等 証 明 欄			
被 接 種 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
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 type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）		
接種年月日・ロット番号・接種費用	1回目	ロット番号	接種費用 （自己負担分）
	接種年月日		
	年 月 日		円
	2回目	ロット番号	接種費用 （自己負担分）
	接種年月日		
	年 月 日		円
	3回目	ロット番号	接種費用 （自己負担分）
接種年月日			
年 月 日		円	
特 記 事 項			