様式第２号（第４条関係）

境港市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請用証明書

境港市長　宛

【申請者記入欄】

被接種者	住　　所	〒
	氏　　名	
	生年月日	

【医療機関記入欄】

<table>
<tr><td rowspan="3">ワクチンの種類</td><td colspan="5">□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）</td></tr>
<tr><td colspan="5">□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）</td></tr>
<tr><td colspan="5">□組換え沈降９価ＨＰＶワクチン（シルガード９）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">予防接種を受けた日
及び
領収金額</td><td rowspan="2">1回目</td><td>接種年月日</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td><td>領収金額</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>0.5ｍｌ</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2回目</td><td>接種年月日</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td><td>領収金額</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>0.5ｍｌ</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3回目</td><td>接種年月日</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td><td>領収金額</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>0.5ｍｌ</td><td>円</td></tr>
</table>

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン(ＨＰＶワクチン)を接種したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関名：

医　師　名：

医師署名又は記名押印：