

# 守口市HPV感染症に係る予防接種(任意接種)費用助成金申請用証明書

守口市長 様

(被接種者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子（HPV）ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類 (該当する□に、 ☑を入れる)	<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)				
予防接種を受けた 年月日 ・ ロット番号 ・ 接種金額	回数	接種年月日	ロット番号	接種量	接種金額(本人負担額)※
	1回目	平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		0.5 ml	円
	2回目	平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		0.5 ml	円
	3回目	平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		0.5 ml	円

※接種金額が不明な場合は「不明」とご記入ください。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

実 施 場 所

医 療 機 関 コ ー ド

医 師 名

印