

第2号様式（第4条関係）

越谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金
交付申請用証明書

年 月 日

越谷市長 宛

(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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予防接種を受けた年月日等	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 ml
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 ml
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5 ml

実施医療機関:

医療機関コード:

医 師 名:

(署名又は記名押印)