

様式第2号（第4条関係）

北本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

（宛先）北本市長

（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任意で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（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※1	接種費用※2
1回目	年 月 日		円
2回目	年 月 日		円
3回目	年 月 日		円

※1 可能な範囲で記載してください。

※2 接種当時の費用が不明の場合は記載は不要です。

医療機関名

医療機関コード

所在地

代表者氏名

印