

様式第2号（第4条関係）

日田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

日田市長 あて

【被接種者情報】※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日： 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（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）	
回数	接種年月日	自己負担額（領収額）
1回目	年 月 日	円
2回目	年 月 日	円
3回目	年 月 日	円
特記事項		

※証明することが困難な内容がある場合は、その旨を特記事項に記入。

【医療機関等】所在地：

名 称：

医師又は代表者氏名：

（署名又は記名押印）

電 話 番 号：