

様式第2号（第4条関係）

斑鳩町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金申請用証明書

令和 年 月 日

斑鳩町長 様

医療機関の名称及び所在地

代表者名

※代表者名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ  
の場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

下記の者が、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受けたことを証明します。

記

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日	
氏名				
住所				
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	1回目	ロット番号	接種量	領収金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	領収金額
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
3回目	ロット番号	接種量	領収金額	
接種年月日		0.5 mL	円	
年 月 日				