

府中市HPVワクチン任意接種費用助成金交付申請用証明書

府中市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住所：府中市宮町1-41 フォーリス3階

氏名：府中 花子

生年月日：平成〇〇年〇月〇日

医療機関が記入

あらかじめ  
申請者が記入

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 checked="" 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	接種費用（税込）
	接種年月日	〇〇〇〇〇〇〇〇	0.5 mL	〇〇, 〇〇〇円
	平成〇〇年 〇月〇日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
3回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）	
接種年月日		0.5 mL	円	
年 月 日				

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨明記してください。

令和 〇年 〇月 〇日

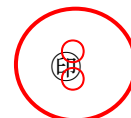
医療機関名 〇〇病院

所在地 〇〇市〇〇町〇-〇-〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

医師名 〇〇 〇〇

（自署又は記名押印）



第2号様式（第4条）

府中市HPVワクチン任意接種費用助成金交付申請用証明書

府中市長

（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	1回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）
	接種年月日			
年		0.5 mL	円	
月 日				
3回目	ロット番号	接種量	接種費用（税込）	
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月 日				

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨明記してください。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

Ⓔ

（自署又は記名押印）