様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

秩父市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

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

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	□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）	
	□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）	
回　数	接種年月日	領収額（税込）
１回目	年　　月　　日	円
２回目	年　　月　　日	円
３回目	年　　月　　日	円

実施医療機関名：

住　　所：

電　話　番　号：

医師署名又は記名押印：