

様式第2号（第4条関係）

美里町子宮頸がん予防ワクチン（任意）接種費用に係る  
助成金申請用証明書

年 月 日

美里町長 殿

被接種者情報（申請者が記入）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

下記の者が子宮頸がん予防ワクチンの接種を受けたことを証明します。

※医療機関が記入

被接種者		生年月日	年 月 日生
ワクチンの種類	*該当する接種回数を○で囲み、その他の場合はワクチン名も記入ください。 (1) サーバリックス（組み換え沈降2価） 1回目・2回目・3回目 (2) ガーダシル（組み換え沈降4価） 1回目・2回目・3回目 (3) その他（ ） 1回目・2回目・3回目		
接種した年月日	回数	接種月日	ロット番号
	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日	
			接種量
			0.5ml
			0.5ml
			0.5ml

住 所  
実施医療機関 名 称  
医師名