

令和4年4月1日時点で東海市に住民登録がない方は、本様式を使用することができません。  
本証明書発行の際に、文書料が必要となる場合があります。  
ただし、発行にかかる文書料は助成の対象外です。

令和6年度東海市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の  
任意接種者に対する交付金の交付申請用証明書

令和 年 月 日

(宛先) 東 海 市 長

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所 \_\_\_\_\_  
ふりがな  
氏 名

生年月日 平成 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®)			
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
	接種年月日			円
	平成・令和 年 月 日		0.5 ml	記録がない場合は以下に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			円
	平成・令和 年 月 日		0.5 ml	記録がない場合は以下に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			円
	平成・令和 年 月 日		0.5 ml	記録がない場合は以下に チェックしてください <input type="checkbox"/> 記録なし

実施医療機関所在地：

実施医療機関名：

医師署名又は記名押印： \_\_\_\_\_