

第2号様式(第5条関係)

立川市長 殿

子宮頸がん予防ワクチン接種費用助成金申請用証明書

次の者が子宮頸がん予防ワクチンを接種したことを証明します。

被接種者	ふりがな 氏 名	
	生年月日 年 月 日 年 齢	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	
ワクチンの 種類	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン	
予防接種を 受けた 年月日	1回目	接種年月日 年 月 日
		ロット番号
		接 種 料 0.5ml
	2回目	接種年月日 年 月 日
		ロット番号
		接 種 料 0.5ml
	3回目	接種年月日 年 月 日
		ロット番号
		接 種 料 0.5ml

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

(自署の場合は、押印を省略することができます。)