様式第２号（第６条関係）

子宮頸がん予防ワクチンに係る自己負担金助成申請用証明書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）箕面市教育委員会教育長

　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者情報）※申請者が記入

現　住　所：箕面市

接種時住所：□同上

　　氏　　名：

生年月日：　　　　　年　　　月　　　日

上記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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチンの種類 | | | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン | | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | | |
| 予防接種を受けた年月日等 | １回目 | 接種年月日 | 薬剤名 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 | □　サーバリックス  □　ガーダシル |  | 0.5ｍL |
| ２回目 | 接種年月日 | 薬剤名 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 | □　サーバリックス  □　ガーダシル |  | 0.5ｍL |
| ３回目 | 接種年月日 | 薬剤名 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 | □　サーバリックス  □　ガーダシル |  | 0.5ｍL |
| 医療機関名  医療機関所在地  電話番号 | | | 医師氏名 | | |