

様式第2号（第5条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金申請用接種費用証明書

令和 年 月 日

（宛先）富士見市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日

上記の者が、当医療機関において、次のとおりヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を実施したことを証明します。

接種日 および 自己負担額	1回目	接種日 年 月 日 自己負担額 円
	2回目	接種日 年 月 日 自己負担額 円
	3回目	接種日 年 月 日 自己負担額 円

実施場所：

医 師 名：