

新宿区長 あて

組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンにかかる
任意予防接種費用助成申請書

組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンについて、下記のとおり、令和4年4月1日から令和5年3月31日までの期間に接種する任意予防接種にかかる費用助成を申請する。

記

1 申請者

(住所)

(氏名)

(連絡先電話番号)

(接種を希望する者との続柄)

2 標記任意接種を希望する者

(住所)

(氏名)

(性別)

(生年月日)

3 これまでの組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種歴

区分	予防接種を受けた年月日	接種医療機関名称	医療機関所在地
1回目	年 月 日		
2回目	年 月 日		

4 申請理由

5 接種するワクチン

(接種を希望するワクチン)

組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン

 2回目 3回目

(該当する接種回数にレ点をつけてください)