

第2号様式（第4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等償還払い申請用証明書

年 月 日

豊見城市長 殿

（被接種者情報） ※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

1. ワクチン接種をした場合

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 | ワクチン代支払額（税込） |
| | 接種年月日 | | | |
| | 年 | | 0.5 ml | 円 |
| | 月 | | | |
| | 日 | | | |
| | 2回目 | ロット番号 | 接種量 | ワクチン代支払額（税込） |
| | 接種年月日 | | | |
| | 年 | | 0.5 ml | 円 |
| | 月 | | | |
| 日 | | | | |
| 3回目 | ロット番号 | 接種量 | ワクチン代支払額（税込） | |
| 接種年月日 | | | | |
| 年 | | 0.5 ml | 円 | |
| 月 | | | | |
| 日 | | | | |

2. 予診のみを行った場合

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結果、予診のみを行ったことを証明します。

| | |
|------|-------|
| 予診のみ | 予診年月日 |
| | 年 月 日 |

医療機関名：

所在地：

医師署名又は記名押印：