

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

三好市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：三好市

氏 名：

生年月日：平成 年 月 日 生まれ

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
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	接種費用	円	
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	接種費用	円	
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
年			
月 日			
接種費用	円		

実施場所：

医療機関コード：

医師署名又は  
記名押印：