

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） | | |
| | <input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9） | | |
| 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：