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任意接種償還払い申請用証明書

令和 　年　 月 　日

（あて先）久御山町長

（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 | □組換え沈降２価HPVワクチン |
| □組換え沈降４価HPVワクチン |
| 予防接種を受けた年 月 日 | **１回目** | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 　　　　0.5ml | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　年　月　日 |
| **２回目** | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 　　　0.5ml | 　　　　　　　　　　円 |
|  |
| **３回目** | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 　　　0.5ml | 　　　　　　　　　　円 |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施場所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名又は記名押印：