

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

入善町長 殿

（被接種者情報）

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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 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		0.5 mL	円
	年			
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用※
	接種年月日		0.5 mL	円
年				
月 日				
3回目	ロット番号	接種量	接種費用※	
接種年月日		0.5 mL	円	
年				
月 日				

※接種当時の支払い接種費用が分る場合のみ明記

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：