様式第２号（第4条関係）

杵築市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（請求）用証明書

　　年　　月　　日

杵築市長　殿

（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（サーバリックス）
 |
| * 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 |
| 　　２回目　　 | ロット番号 | 　　接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　ｍL |
| 　　　　　　年　　月　　　日 |
| 　　３回目 | ロット番号 | 　　接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5　ｍL |
| 　　　　　　年　　月　　　日 |

実施場所：

医療機関コード

医師名：

医師署名又は記名押印：