様式第２（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

　　年　　月　　日

鹿児島市長 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 | | | |
| □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 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| Ｈ・Ｒ  年　　月　　日 |  | 0.5 　mL |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| Ｈ・Ｒ  年　　月　　日 |  | 0.5 　mL |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| Ｈ・Ｒ  年　　月　　日 |  | 0.5 　mL |
| 備　　考 | ＊上記ＨＰＶワクチン接種時に領収した接種費用の額  （税込領収額。不明の場合は記載不要）  １回目　　　　　　　　　　　円  ２回目　　　　　　　　　　　円  ３回目　　　　　　　　　　　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：