様式第２号（第４条関係）

子宮頸がん予防ワクチン接種に係る任意接種償還払い申請用証明書

　 年 　 月　　日

湯梨浜町長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日： 　　　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 | 接種金額※ |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL | 円 |
| 年  月 日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額※ |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL | 円 |
| 年  月 日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額※ |
| 接種年月日 |  | 0.5 mL | 円 |
| 年  月 日 |

　※接種金額が不明の場合は「不明」とご記入ください。

　　　実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：