

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

小 浜 市 長 様

（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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）		
	<input type="checkbox"/> 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	接種料金
	接種年月日		円
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種料金
	接種年月日		円
年			
月 日			
3回目	ロット番号	接種料金	
接種年月日		円	
年			
月 日			

医療機関名：

医師署名又は記名押印：