

様式第2号 (第4条第1項関係)

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

熊本市長 (宛)

(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	接種量	接種料 (※)
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
接種年月日				
年		0.5 mL	¥ _____ 円	
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				

※ロット番号や接種料が不明な場合は「不明」とご記入ください。

(注) 医療機関に本紙の記入を依頼した際に、文書料 (発行手数料) が必要となる場合がありますが、その費用は自己負担となり、払い戻し額へ含むことはできません。