

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<br>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。