

(医療機関で記入)

医療機関が証明書を作成した日付
を記入してください。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種

令和 4年 10月 〇日

熊本市長 (宛)

◆接種記録がわかる資料(母子手帳の写し、接種済み予診票の写し、医療機関の発行する接種済証)が無い場合は、こちらの様式第2号も提出をお願いします。

◆接種費用の支払いを証明する資料(領収書及び明細書、支払い証明書等の原本)が無い場合、こちらの様式第2号に接種料の記載があれば、接種費用の支払いを証明する資料の提出があったものとみなします。

(被接種者情報) ※申請者が記入

熊本市中央区〇〇〇12-34

所:

名:

熊本 花子

年月日:

1998年〇月△日

したことを証明します。

バリックス®)

ザシル®)

接種量

接種料 (※)

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

医療機関記入欄

※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。