

## 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

年 月 日

岸和田市長 様

(被接種者情報)

現住所 : \_\_\_\_\_

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 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> サーバリックス (組換え沈降2価HPVワクチン)			
	<input type="checkbox"/> ガーダシル (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	接種料(※)
	接種年月日		0.5ml	円
	年			
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料(※)
	接種年月日		0.5ml	円
	年			
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料(※)
接種年月日		0.5ml	円	
年				
月 日				

※接種にかかる費用(税込み)のみ記入ください。

医療機関住所 :

医療機関名 :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :

電話番号 :

(注) この証明書は医療機関での作成が必要です。

なお、医療機関に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、償還払いの支給額へ含むことはできません。