

様式第2号（第3条及び第4条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

（被接種者情報） ※住所は予防接種を受けた時点の住所

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

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

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。

【以下、医療機関記入欄】

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 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	予防接種費
	接種年月日		0.5 mL	円
	2回目	ロット番号	接種量	予防接種費
	接種年月日		0.5 mL	円
	3回目	ロット番号	接種量	予防接種費
	接種年月日		0.5 mL	円

※「予防接種費」欄には接種費用のみを記載してください（初診料、接種に要した交通費、宿泊費、本証明書を記載するために要した文書料等は含めないでください。）。

住所
 実施医療機関 名称
 医師名