

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種等償還払い申請用証明書

年 月 日

うるま市長 様

見 本

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：沖縄県うるま市みどり町〇ー〇

氏 名：うるま 花子

生年月日：平成〇年〇月〇日

1 ワクチン接種をした場合

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 checked="" 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	ワクチン代支払額（税込）
	接種年月日	〇〇〇〇	0.5 mL	16,590 円
	令和2年4月1日			
	2回目	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額（税込）
	接種年月日	〇〇〇〇	0.5 mL	16,590 円
	令和2年5月1日			
	3回目	ロット番号	接種量	ワクチン代支払額（税込）
	接種年月日	年 月 日	0.5 mL	円
	年 月 日			

2 予診のみの場合

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結果、予診のみとしたことを証明します。

予診のみ	予診年月日	予診代支払額（税込）

実施医療機関名：〇〇医院

医師署名又は記名押印：