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償還払い申請用証明書

　　年　　月　　日

　　堺市長　殿

（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 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス） | | | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） | | | |
| □組換え沈降９価ＨＰＶワクチン（シルガード９） | | | |
| 予防接種  を受けた  年月日 | １回目 | ロット番号 | 接種量 | 支払金額（Ａ）（税込） |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | 円 |
| 年  月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 支払金額（Ａ）（税込） |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | 円 |
| 年  月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 支払金額（Ａ）（税込） |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | 円 |
| 年  月　　日 |

所在地：

医療機関名：

電話番号：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印