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