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

令和　　年　　月　　日

　　小山市長　　　　様

（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®） | | | |
| １回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用  （本人負担済額） |
| 年  月　　日 |  | 0.5 mL | 円  ☐　記録なし  記録がない場合はチェックしてください |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用  （本人負担済額） |
| 年  月　　日 |  | 0.5 mL | 円  ☐　記録なし  記録がない場合はチェックしてください |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用  （本人負担済額） |
| 年  月　　日 |  | 0.5 mL | 円  ☐　記録なし  記録がない場合はチェックしてください |

医療機関所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：

医療機関電話番号：