

様式第2号（第4条関係）

令和4年4月1日時点で御浜町に住民登録のない方は、本様式を使用することが出来ません。
接種医療機関が複数にわたる場合、それぞれの医療機関の証明が必要です。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費償還払い申請用証明書

年 月 日

御浜町長 様

（被接種者情報） ※申請者が記入

現住所： _____

氏名： _____

生年月日： 平成 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	<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	接種費用	
	接種年月日	No. 0.5 mL	円	
	年 月 日			
	2回目	ロット番号・接種量	接種費用	
	接種年月日	No. 0.5 mL	円	
	年 月 日			
	3回目	ロット番号・接種量	接種費用	
	接種年月日	No. 0.5 mL	円	
	年 月 日			
文書料	発行年月日	年 月 日	発行費用	円

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨明記してください。

医療機関所在地

医療機関名

医師署名又は記名押印 _____