

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

小豆島町長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

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（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	接種費用
	接種年月日		
	平成・令和 年 月 日		円
	2回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	平成・令和 年 月 日		円
	3回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	平成・令和 年 月 日		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、その旨記載してください。

医療機関所在地

医療機関名

医療機関電話番号

医師署名又は記名押印