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 | □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） | | |
| 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 |  | 円 |
| 平成・令和  年　　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 円 |
| 平成・令和  年　　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 円 |
| 平成・令和  年　　月　　日 |

※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