

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予防接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

中泊町長 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	<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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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	被接種者支払額
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月			
	日			
	2回目	ロット番号	接種量	被接種者支払額
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月			
日				
3回目	ロット番号	接種量	被接種者支払額	
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月				
日				

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：