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

 年　 　月 　　 日

 都城市長　宛て

（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） |
| 予防接種について  | 回数 | 接種年月日 | 窓口負担額 | ロット番号 | 接種量 |
| １回目 |  |  |  |  |
| ２回目 |  |  |  |  |
| ３回目 |  |  |  |  |

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所在地：

電話番号：

医師名：