

HPV 感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

串間市長 様

（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（ ）価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
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：

【注意】

※1 この様式は母子健康手帳、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票等（写し）のうち、いずれか一つが用意できない場合に使用してください。

※2 この様式を使用するために発生した費用は償還の対象となりません。