

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

紀美野町長 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2価HPVワクチン		
	☐ 組換え沈降4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
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		

※この証明書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外ですので申請者の負担となります。

実施場所：

医療機関コード：
医師名：
医師署名又は記名押印：