

様式第2号(第4条関係)

能美市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

能美市長 宛て

(被接種者情報)※申請者が記入

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※これより下は医療機関が記入

上記の者がヒトパピローマウイルスワクチンを接種し接種費用の支払いを受け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			
予防接種を受けた 年 月 日	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月 日				

※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出してください。

実施場所:

(医療機関住所)

医療機関名:

医師名:

(署名又は記名押印)

電話番号: ( ) —