

牛久市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

牛久市長 様

<被接種者情報> ※申請者が記入

氏名	
生年月日	
住所	

上記の者が下記のとおり、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	接種費用
	接種年月日		0.5 ml	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5 ml	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5 ml	円
	年 月 日			

※接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等（写し）がある場合は「ロット番号」の記載は不要です。

※予防接種の実費を払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類（領収書及び明細書）がある場合は「接種費用」の記載は不要です。

実施場所：

医療機関コード：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：