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

那覇市長 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 を受けた 年 月 日 | １回目 | ロット番号 | 接種量 | ワクチン代支払額 |
| 接種年月日 |  | 0.5　mL |  |
| 年  月 日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | ワクチン代支払額 |
| 接種年月日 |  | 0.5　mL |  |
| 年  月 日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | ワクチン代支払額 |
| 接種年月日 |  | 0.5　mL |  |
| 年  月 日 |

実施場所：

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：