

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

宇和島市長 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	<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	接種費用※	ロット番号
	接種年月日	円	
	年		接種量
	月 日		0.5 mL
	2回目	接種費用※	ロット番号
	接種年月日	円	
	年		接種量
	月 日		0.5 mL
	3回目	接種費用※	ロット番号
	接種年月日	円	
	年		接種量
	月 日		0.5 mL

※接種費用は接種を行った際に支払った金額です。今回の文書料等は含まないでください。

医療機関コード：

医療機関名：

代表者署名又は記名押印：