

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予防接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

（あて先）名古屋市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日：平成 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（サーバリックス）				
	<input type="checkbox"/> 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	回数	接種年月日	金額	ロット番号	接種量
	1回目	平成・令和 年 月 日	円		0.5 mL
	2回目	平成・令和 年 月 日	円		0.5 mL
	3回目	平成・令和 年 月 日	円		0.5 mL

※金額、ロット番号が不明の場合は、空欄でも可。

医療機関所在地 _____

医療機関名： _____

医師署名又は記名押印： _____