様式第２号（第４条関係）

**五所川原市ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン任意接種償還払い申請用証明書**

令和　　年　　月　　日

五所川原市長　様

（被接種者情報）※申請者が記入

住　所：五所川原市

氏　名：

生年月日：　　　年　　　　月　　　　日

上記の者がヒトパピローマウイルス（HPV）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 |
| □　組換え沈降４価ＨＰＶワクチン |
| □　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 |
| 接種年月日 |  | 0.5mL |
| 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 接種費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5mL |
| 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　 |
| 接種費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | 0.5mL |
|  年　　　　月　　　日 |
| 接種費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

実施場所：

医師署名又は記名、押印：