

様式第 2 号

子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

太子町長 宛

〈申請者記入欄〉

被接種者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日

〈医療機関記入欄〉

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	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用※
		年		0.5mL	円
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用
		年		0.5mL	円
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量	接種費用
		年		0.5mL	円

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）を接種したことを証明します。

※被接種者が接種費用の記載のある領収書等を紛失しており、医療機関で接種費用の確認が取れる場合のみ記載。

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：