

様式第2号（第4条関係）

守山市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払申請用証明書

年 月 日

守山市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン		
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日		0.5 mL	
年			
月 日			

※接種に要した交通費、宿泊費、証明書の発行に要した文書料等は接種費用の対象となりません。

医療機関名：

医師名（医師署名または記名押印）：