様式第２号（第４条関係）

西尾市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

年 月 日

西　尾　市　長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

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 | | |
| 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 |

　　　※接種した医療機関がそれぞれに異なる場合は、医療機関ごとに提出すること。

実施場所：

医療機関コード： 医師名：

（医師名は、自筆以外は押印が必要）