

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接種償還払い申請用証明書

年 月 日

奈良市長 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、下記の金額を領収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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン		
予防接種を受けた年月日及び領収金額等	1回目	ロット番号	領収金額及び領収日
	接種年月日		円 (領収日) 年 月 日
	年 月 日	接種量	
	<input type="checkbox"/> 当院で接種していません。	0.5 mL	
	2回目	ロット番号	領収金額及び領収日
	接種年月日		円 (領収日) 年 月 日
	年 月 日	接種量	
	<input type="checkbox"/> 当院で接種していません。	0.5 mL	
	3回目	ロット番号	領収金額及び領収日
接種年月日		円 (領収日) 年 月 日	
年 月 日	接種量		
<input type="checkbox"/> 当院で接種していません。	0.5 mL		

医療機関所在地：

医療機関名：

代表者名：

接種医師署名：

(または記名および押印)