

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

令和 年 月 日

新宿区長 宛て

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

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   | 回数    | ロット番号 | 接種量    | 金額 |
|---|-------|-------|--------|----|
| <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降9価<br>HPVワクチン | 1回目   | ロット番号 | 接種量    | 金額 |
|   | 接種年月日 |       | 0.5 mL | 円  |
|   | 年 月 日 |       |        |    |
| <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降9価<br>HPVワクチン | 2回目   | ロット番号 | 接種量    | 金額 |
|   | 接種年月日 |       | 0.5 mL | 円  |
|   | 年 月 日 |       |        |    |
| <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価<br>HPVワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降9価<br>HPVワクチン | 3回目   | ロット番号 | 接種量    | 金額 |
|   | 接種年月日 |       | 0.5 mL | 円  |
|   | 年 月 日 |       |        |    |

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :