

第2号様式（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

令和 年 月 日

（あて先）豊中市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

1. 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）		
回数	接種年月日	ロット	領収額（税込）
1回目	年 月 日		円
2回目	年 月 日		円
3回目	年 月 日		円

領収額が不明の場合は、その旨ご記入ください。（空欄不可）

実施医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

医師署名又は記名押印：