様式第２号（第５条関係）

高畠町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

　　高畠町長　殿

（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 | □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 | 接種料金 | |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | 円 | |
| 年  月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種料金 | |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | 円 | |
| 年  月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種料金 | |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | 円 | |
| 年  月　　日 |

　※接種料金は、初診料・再診料等を含まない接種費用として設定している単価を記入してください。

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：