

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）予防ワクチンに係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

熊野町長 様

（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	<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				
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	領収済額	
	接種年月日		0.5 mL	円	
	年				
	月 日				
	(領収額が不明な場合) ワクチン接種に係る料金を領収したことを証明する <input type="checkbox"/>				
	2回目	ロット番号	接種量	領収済額	
	接種年月日		0.5 mL	円	
	年				
	月 日				
	(領収額が不明な場合) ワクチン接種に係る料金を領収したことを証明する <input type="checkbox"/>				
	3回目	ロット番号	接種量	領収済額	
	接種年月日		0.5 mL	円	
年					
月 日					
(領収額が不明な場合) ワクチン接種に係る料金を領収したことを証明する <input type="checkbox"/>					

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：