

様式第2号（第4号関係）

高槻市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

高槻市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：平成 年 月 日

（以下、医療機関が記入）

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 日にち、 接種金額	1回目	ロット番号	接種量	接種金額（税込み）（※）
	接種年月日		0.5 ml	円
	H・R 年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額（税込み）（※）
	接種年月日		0.5 ml	円
	H・R 年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額（税込み）（※）
	接種年月日		0.5 ml	円
	H・R 年 月 日			

（※）接種金額が不明な場合は、不明と記入ください。

医療機関住所：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：