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

　　船橋市長　あて

（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 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） |
| 回数 | 接種年月日 | 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 |

２．ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結果、接種を見合わせたほうがよいと判断したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予診のみ | 予診年月日 | 領収額（税込） |
| 　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |

実施医療機関名：

住所：

電話番号：

医師署名又は記名押印：