

年 月 日

蒲郡市長 様

蒲郡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

（被接種者情報）※申請者が記入

現住所： _____

氏名： _____

生年月日： _____

以下は接種を受けた医療機関が記入

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"/> 2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 9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	接種金額（※）
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL	円
	2回目	ロット番号	接種量	接種金額（※）
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL	円
	3回目	ロット番号	接種量	接種金額（※）
	接種年月日 年 月 日		0.5 mL	円

（※）接種金額が証明できない場合は、「不明」とご記入ください。

医療機関住所：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：