

様式第2号（第3条関係）

塩竈市子宮頸がん予防（HPV）ワクチンに係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

塩竈市長 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確認しました。

以下、医療機関記入欄

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）			
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（※）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料（※）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料（※）
接種年月日				
年		0.5 mL	¥ _____ 円	
月 日				
実施場所	（医療機関コード： _____）			
医師名				
医師署名 又は記名押印				

※接種料が不明な場合は「不明」とご記入ください。

（注）医療機関に本紙の記入を依頼した際に、発行手数料が必要となる場合がありますが、その費用は払い戻し額には含まれません。