

様式第2号（第4条関係）

太良町ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種償還払い申請用証明書

年 月 日

太良町長 様

医療機関所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：

下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、料金を支払ったことを証明します。

被接種者	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
ワクチン の種類	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン			
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン			
	☐ 組換え沈降9価HPVワクチン ※ただし、令和5年4月以降の接種に限る			
予防接種 を受けた 年 月 日	1回目	ロット番号	接種量	料金
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	料金
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	料金
	接種年月日		0.5 mL	円
	年 月 日			