

年 月 日

武蔵野市長 殿

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書

（被接種者情報）注 申請者が記入

現住所：

氏名：

生年月日：

上記の者が次のとおりヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種を受けたことを証明します。

ワクチンの種類（注）		接種年月日	ロット番号	接種量	自己負担額（税込）
1回目	2価・4価	年 月 日		0.5mL	円
2回目	2価・4価	年 月 日		0.5mL	円
3回目	2価・4価	年 月 日		0.5mL	円

（注）2価：組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）

4価：組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）

実施場所：

医師署名又は記名押印：