

様式第2号（第3条関係）

HPVワクチン任意接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記の者がHPVワクチンを接種したことを証明します。

接種した ワクチン について	<input type="checkbox"/>	組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/>	組換え沈降4価HPVワクチン			
	回数	接種年月日	窓口負担額	ロット番号	接種量
	①	年 月 日	円		ml
	②	年 月 日	円		ml
	③	年 月 日	円		ml

医療機関名：

印

所在地：

電話番号：

医師名：