様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチン（ＨＰＶワクチン）に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和　　年　　月　　日

神戸市長　宛

〈申請者記入欄〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |

〈医療機関記入欄〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチン  の種類 | □組換え沈降２価HPVワクチン（サーバリックス） | | | |
| □組換え沈降４価HPVワクチン（ガーダシル） | | | |
| □組換え沈降９価HPVワクチン（シルガード９） | | | |
| 予防接種  を受けた  年月日 | １回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 |  | 0.5　　ｍL |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 |  | 0.5　　ｍL |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 年  月　　日 |  | 0.5　　ｍL |

上記の者が子宮頸がん予防ワクチン（ＨＰＶワクチン）を接種したことを証明します。

医療機関名：

医師名：

医師署名又は記名押印：