

様式第2号（第4条関係）

浦安市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

浦安市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日：平成 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証明します。

| ワクチンの種類 | <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 | 領収額（税込） |
| 1回目 | 年 月 日 | 円 |
| 2回目 | 年 月 日 | 円 |
| 3回目 | 年 月 日 | 円 |

所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：