

子宮頸がん予防ワクチン任意接種償還払い申請に係る証明書

年 月 日

勝山市長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

上記の者が任意接種により子宮頸がん予防ワクチンを接種したことを証明します。

※以下、医療機関にて記入

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降2価ワクチン（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価ワクチン（ガーダシル）		
接種回数	接種日	ロット番号	接種料金
<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日		円
<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日		円
<input type="checkbox"/> 3回目	年 月 日		円

※接種者が実費を負担した回数に☑の上、診療記録等で確認できる接種日、ロット番号、接種料金を記入してください。

医療機関名：

住 所：

代表者または医師名：

（署名または記名押印）