

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 4年 10月 1日

野々市市長 宛

申請日現在と接種時が異なる場合は
両方記載してください

証明書の発行手数料は、助成の
対象とはなりません。

(被接種者情報) ※申請者が記入	
住所：	野々市市三納1丁目1番地 (〇〇市△△町2丁目2番地)
氏名：	野々市 花子(野々山) ^{旧姓}
生年月日：	平成 9年 4月 2日

以下は医療機関が記載

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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		
予防接種を受けた年月日		接種年月日	ロット番号	接種量
	1回目	H (R) 2年 5月 1日	A12345	0.5ml
	2回目	H (R) 2年 7月 1日	A12345	0.5ml
	3回目	H (R) 2年 11月 1日	A12345	0.5ml

実施医療機関：野々市クリニック
野々市市三納3-128
076-227-6000

医師署名又は記名押印： 野々市 章太

