**注意**

**令和４年４月１日時点で世田谷区に住民登録がない方は、本様式を使用することができません。**

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

　　年　　月　　日

世田谷区長　　あて

（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 | □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®） | | |
| 予防接種を  受けた年月日 | １回目 | ロット番号 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 円 |
| 平成・令和  　　年　　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 円 |
| 平成・令和  年　　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種費用 |
| 接種年月日 |  | 円 |
| 平成・令和  年　　月　　日 |

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨明記してください。

　医療機関所在地

医療機関名

　医師署名又は記名押印