

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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス®）		
	<input type="checkbox"/> 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		
	平成・令和 年 月 日		円
	2回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	平成・令和 年 月 日		円
	3回目	ロット番号	接種費用
	接種年月日		
	平成・令和 年 月 日		円

※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 \_\_\_\_\_