

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請用証明書

年 月 日

日向市長 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	
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン	
回数	接種年月日	被接種者の自己負担額
1回目	年 月 日	円
2回目	年 月 日	円
3回目	年 月 日	円

※貴院で証明できない項目の欄については、斜線を引いてください。

接種医療機関名：

医療機関の長 様

本市では、平成9年4月2日～平成17年4月1日生まれの女性で、定期予防接種の対象年齢（高校1年生の年度末）を過ぎてから令和4年3月31日までに自費でHPVワクチンの予防接種を受けた方に対して償還払を行っております。

つきましては、ワクチンの種類、接種年月日及び被接種者の自己負担額について、証明できる範囲で上表に記入いただきますようお願いいたします。

なお、文書料が発生する場合は、全額自己負担となります。

（問合せ先）

宮崎県 日向市 こども課 母子保健係

電話：0982-66-1021