

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチンに係る  
任意接種償還払い申請用確認書

令和 年 月 日

北九州市長 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確認しました。

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	接種量	接種料（※）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月			
	日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料（※）
	接種年月日			
	年		0.5 mL	¥ _____ 円
	月			
日				
3回目	ロット番号	接種量	接種料（※）	
接種年月日				
年		0.5 mL	¥ _____ 円	
月				
日				
実施場所	(医療機関コード： _____ )			
医師名				
医師署名 又は記名押印				

※接種料が不明な場合は「不明」とご記入ください。

(注)医療機関に本紙の記入を依頼した際に、文書料（発行手数料）が必要となる場合がありますが、その費用は自己負担となり、払い戻し額へ含むことはできません。