被接種者情報以外は医療機関が記入

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 | □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 | 接種量 | 接種料（※） |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | ￥　　　　　　円 |
| 　　　　年月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種料（※） |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | ￥　　　　　　円 |
| 　　　　年月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種料（※） |
| 接種年月日 |  | 0.5　　mL | ￥　　　　　　円 |
| 　　　　年月　　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。