ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）感染症キャッチアップ接種申請書

令和　　年　　月　　日

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 氏　　名		被接種者との続柄	本人
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	フリガナ 氏　　名	□申請者と同じ		生年月日	
	現住所	□申請者と同じ			
	電話番号	□申請者と同じ			

※これまでにHPVワクチン接種歴のある方は以下を御記入ください。

	接種年月日（接種時年齢）	ワクチンの種類	接種区分
１回目	年　　月　　日（　　歳）	２価（サーバリックス）・４価（ガーダシル）・９価（シルガード）	定期・任意
２回目	年　　月　　日（　　歳）	２価（サーバリックス）・４価（ガーダシル）・９価（シルガード）	定期・任意

添付書類　①□被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※申請時住所記載の住民票、運転免許証、マイナンバーカードなどいずれかひとつ

※申請者と被接種者が異なる場合→□申請者の身分証明書（運転免許証等）

②□必ず母子健康手帳の接種歴をコピーし添付してください。

※接種日等がしっかりわかるようにコピーをしてください。

※「予防接種の記録」等のページ全てをコピーしてください。

※母子健康手帳に記載がなく、接種歴のある方　→□医療機関より「ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）感染症に係る接種証明書（様式第２号）」を発行してもらい、添付してください。（発行費用は自己負担）

◎任意接種歴のある方は、払い戻し申請の対象となりますので別紙を参照のうえ、あわせて手続きしてください。

市確認欄	□ＨＰＶワクチン予診票（１枚・２枚・３枚） □手渡し　・　郵送　（　　／　　） □その他（　　）