

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書兼請求書

銚田市長 様

申請者
(代理)

氏名(自署)

印

現住所

電話番号

銚田市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要綱第4条の規定に基づき、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金を交付申請します。

予防接種を受けた方	フリガナ				申請者との続柄		
	氏名						
	生年月日	平成	年	月	日	性別	
	住所 ※令和4年4月1日時点の住所	〒銚田市					
ワクチンの種類 ※いづれかに○をしてください。	回数	他市からの助成の有無	接種日		申請額 ※自己負担額又は、上限16,000円のどちらか低い方の額。 ※自己負担額が不明の場合は、16,000円と記入。		
サーバリックス・ガーダシル (組換え沈降2価)(組換え沈降4価)	1回目	有・無	年 月 日		円		
サーバリックス・ガーダシル (組換え沈降2価)(組換え沈降5価)	2回目	有・無	年 月 日		円		
サーバリックス・ガーダシル (組換え沈降2価)(組換え沈降6価)	3回目	有・無	年 月 日		円		
申請合計額					円		
接種医療機関	名称						
	住所						
	電話						
※複数の医療機関で接種した時 接種医療機関	名称						
	住所						
	電話						
振込先	金融機関	銀行・組合 信用金庫			本店・支店 出張所・店		普通 当座
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

※委任状 私は、口座名義人に償還払い申請及び接種費用の受領に関する一切の
権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者氏名(自署)

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳(申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項)及び医療機関等における情報について、銚田市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
キャッチアップ接種(令和4年4月1日以降)を受けましたか。 はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	☐ はい ☐ いいえ (接種回数 _____ 回) (自治体名 _____)
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ (自治体名 _____)
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

- ☐被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し(申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの)
※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証(両面)などいずれかひとつ
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー(口座番号等確認用)
- ☐接種費用の支払いを証明する書類(領収書及び明細書、支払証明書等)※原本に限ります。
- ☐接種記録が確認できる書類(母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等)
※申請者と被接種者が異なる場合、必要書類が不足している場合等に、追加の書類を求めることがあります。