

様式第1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費用償還払い申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

〒

申請者 現住所 瀬戸内市

フリガナ 氏名 (被接種者との続柄： )

連絡先

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者です。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年 月日	年 月 日				
	氏 名								
	現住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒					
	令和4年4月1日 時点の住所		<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒					
	予防接種回数		1回目		2回目		3回目		
	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2価 HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価 HPVワクチン		
	接種 医療 機関	名 称							
		所在地							
		電 話							
	接 種 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	接種費用 (A)		円		円		円		
	接種を受けた年度 の委託額 (B) ※		円		円		円		
	申請額 (C) ※ AとBのいずれか 低い額		円		円		円		
申請額 合計 ※		円							

※ (B)、(C) 及び申請額合計の欄は、不明な場合は未記入としてください。

【振込希望口座】 償還払いが決定した場合、私が受領する任意接種費用償還金について、下記指定口座への振り込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店
		(金融機関コード)					(支店コード)		支店
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								支所
	フリガナ								
口座名義人									

※申請者氏名と異なる名義の口座への振込を希望する場合はこの欄に記入をしてください。

※ 委任状

私は、上記口座名義人に接種費用償還金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_

【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、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を市において支給決定をした後は、任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
☑はいの場合 接種回数と接種を受けた自治体名を記載してください。	_____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、他の自治体からの費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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合せをしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りや相違があり、支給要件に該当しない場合には、支給済みの償還金を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)  
※申請時の住所が確認できる住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか
  - 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）の原本
  - 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）
  - 振込希望口座の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等の確認）
- ※必要書類が不足している場合には、追加の書類を求めることがあります。