

様式第1号（第4条関係）

利府町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

利府町長 殿

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		接種を受けた者 との続柄
	氏名		
	住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

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				
	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"/> 住所 と同じ	〒		
	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			
	予防接種を受けた 年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日		
		2回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合 計	
2回目		円			
3回目		円	円		
接種医 療機関	名 称				
	住 所				
	電話番号				
<p>※複数の医療機関で接種した場合、名称・住所・電話番号を記載してください。</p> <p>名称 住所 電話番号</p>					

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込みを依頼します。

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

依頼人(申請者)氏名

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入してください。

委任状
私は、上記口座名義人に接種費用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、必要な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、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。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名をカッコ内に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回 ( )
本申請分のHPV感染症に係る任意接種費用について他の地方公共団体から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、支給済の費用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の写し(口座番号等確認用)
  - 接種費用の支払を証明する書類(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、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。