

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償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

門川町長 様

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払いを受けたいので、門川町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に関する要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

1. 申請者（被接種者本人またはその保護者のみ）

フリガナ		印	被接種者 との続柄	
氏名				
現住所	〒			
電話番号				

2. 被接種者

フリガナ			生年月日	平成 年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
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	〒		
接種年月日	ワクチンの種類(※)	申請額	基準額	決定額 (町記入)
年 月 日	2価・4価	円	円	円
年 月 日	2価・4価	円	円	円
年 月 日	2価・4価	円	円	円
(※) 2価：組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス) 4価：組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)				合計(請求額) 円
接種医療機関	名称：			
	住所：			
	TEL：			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載				

※決定額は、申請額と基準額のうち、いずれか低い金額になります。

3. 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協・漁協	支店名	本店 支店 支所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

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は、下記委任状に記入をお願いします。

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。
令和 年 月 日 申請者氏名： ⑩

【誓約・同意事項】

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、門川町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
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。	<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い合わせを行いましたか。	<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、支給済み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）※申請時住所記載の運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 本申請書兼請求書
- 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）※原本に限る
- 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、予防接種済証など）
- 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

受付印
