

様式第1号(第6条関係)

琴浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

琴浦町長 様

琴浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費助成実施要綱第6条の規定に基づき、予防接種費の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名	㊦	
	現住所	〒	
	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					
	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	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス)				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)				
	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	回数	医療機関支払額(A)	別表の基準額(予防接種費の証明ができない場合等)(B)	(A)と(B)のうち少ない額(C)	
		1回目	円	円	円	
		2回目	円	円	円	
		3回目	円	円	円	
合計			円			
接種医療機関	名称					
	住所					
	連絡先					
※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						

下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行・信金・信組・農協・その他												
	金融機関支店名	本店・支店・支所・出張所												
	預金種別	普通・当座・その他（ ）												
	口座番号 (ゆうちょ銀行以外)													
	ゆうちょ銀行の口座番号	1					0	-						
	フリガナ													
	口座名義人													

【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、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
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右記にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費について他の自治体から費用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助成要件に該当しなかった場合には、助成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

【添付書類】

接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し、医療機関が発行する証明書、本町所定の様式第2号等）

接種費用の支払いを証明できる書類（領収書、明細書、支払証明書等）原本

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）等いずれかひとつ

振込希望先金融機関の通帳の写し（口座番号等確認用）

※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。