

様式第1号（第3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

年 月 日

(宛先) 平生町長

平生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3条第1項の規定により、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			
	現住所	〒		
	電話番号			

*申請者は、接種を受けた本人また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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組み換え沈降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						
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						

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り込みを依頼します。

振込先口座	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 支所	普通 ・ 当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下記に記入をお願いします。

<p>委任状</p> <p>私は、上記口座名義人に任意接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>

【確認事項】

次の確認事項に☑を入れてください。

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載ください	□はい □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

【誓約・同意事項】

次の同意事項について、☑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、本町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- 本町において支給決定をした後は、この申請書を任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。
- 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。

【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） ※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか一つ
- 振込先口座の通帳またはキャッシュカードの写し（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、必要書類は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。