

第1号様式（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助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

匝瑳市長 あて

標記助成金の交付を受けたいので、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要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

記

1 申請（請求）者（接種を受けた本人又はその保護者）

フリガナ		接種を受けた者との続柄
氏名		
現住所	〒	
電話		

2 申請（請求）額 金 円

3 被接種者

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 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		
	<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	
申請額の内訳 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計 円
	2回目	円	
	3回目	円	
接種医療機関	名称		
	住所		
	電話		
※複数の医療機関で接種した場合、以下に名称・住所・電話番号を記載			

4 振込先金融機関口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
口座の種類	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込みを希望される場合、委任状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 年 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p> <p>※申請者は、氏名を自署することにより押印を省略することができます。</p>
--

5 同意及び確認事項（該当する項目に☑を入れてください。）

<p>同 意 書</p> <p>私は、助成金の交付を申請するに当たり、以下の事項について同意します。</p> <p>1 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、匝瑳市が必要と認めるときに調査を行うこと。</p> <p>2 申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、既に交付済みの助成金を返還すること。</p> <p>令和 年 年 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p> <p>※申請者は、氏名を自署することにより押印を省略することができます。</p>	
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 <input type="checkbox"/> 紛失していない

6 提出書類

- (1) 運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証の写しその他の本人確認書類（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
 - (2) 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。
 - (3) 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）
 - (4) 預貯金通帳の写しその他の助成金の振込口座が確認できる書類
- ※ 申請者と被接種者の相違、必要書類の不足等がある場合は、追加書類を求めることがあります。