

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

年 月 日

西原町長 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	印		
	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		
	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"/> 申請者と同じ				
	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	円
		2回目		円		
		3回目		円		
	接種医療機関	名称				
住所						
電話番号						
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

私が受領する任意接種費用について、下記口座への振り込みを依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 農協			本店 支店 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 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り込みを希望される場合、下欄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。

年 月 日

申請者氏名

【同意事項】下記の項目を確認し、を入れてください。同意がない場合は、接種費用の償還払いができないことがあります。

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、町長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
町長がこの申請の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り扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
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ていません。	<input type="checkbox"/> はい
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。	<input type="checkbox"/> はい
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、支給済みの費用の返還を求めることがあります。	<input type="checkbox"/> はい

【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又はキャッシュカードのコピー(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。