

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償還払い申請書

年 月 日

北方町長 様

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		接種者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請者は接種者本人または、その保護者に限ります。

【予防接種を受けた人】

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日時点での住所	<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®)			
接種日 (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		
医療機関名 住所 電話番号	※複数の医療機関で接種した場合、全て記載			

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込を依頼します。

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協						本店・支店 支所・出張所							
	預金種別 (該当する方を囲む)	普通 当座	フリガナ			-----									
	口座番号						(左詰で記入)								
	ゆうちょ銀行 (記号－番号)						－								

【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
この申請書を、町において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱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ご記入ください。 接種回数（ 回）・自治体（ ）	<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。

【北方町処理欄】

決定年月日	年 月 日	(受付印及び受付日)
決定内容	承認 ・ 不承認	
助成決定額	金 円	