

申請日 令和 年 月 日

四街道市長 様

〒
住所

申請者 氏名

(被接種者との関係)
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。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金交付申請書

四街道市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金交付要綱第4条の規定により、必要書類を添付の上、下記のとおり接種費の助成を申請します。

記

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者		生年月日	年 月 日	
	氏名	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"/> 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（商品名：サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（商品名：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 (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						

(振込先)

金融機関名		店名	店
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			

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。
令和 年 年 日
申請者氏名

【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、四街道市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、四街道市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右記にご記載ください。	<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
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か。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

市記入欄

【添付書類確認】

- 申請書
- 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）
- 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。

(申請者と被接種者が異なる場合)

- 申請者の身分証明書のコピー

受付者サイン