

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

令和 年 月 日

永平寺町長 様

(申請者)

住 所 〒

永平寺町

フリガナ

氏 名

電話番号

被接種者との続柄  本人  保護者)

※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。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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）				
	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
	申請分のみ記載	上限額	実際に支払った額	申請額（交付額）		
	1回目	15,686円	円	円		
	2回目	15,686円	円	円		
	3回目	15,686円	円	円		
	合計額					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込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 支店農協								本店信用金庫 支所	
		金融機関コード						支店番号			
	預金種別	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、下欄に記入をお願いします。

<b>※委任状</b>	
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 月 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、永平寺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。	☐はい ☐いいえ
この申請書を、永平寺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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐いいえ 回数： 接種自治体名：
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
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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐いいえ

**【提出書類】**

- ①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
  - ②振込希望先金融機関の通帳（口座番号等確認用）
  - ③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）の原本
  - ④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）
- ③、④が提出できない場合は、様式2号「ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種等償還払い申請用証明書」の提出が必要です。
- ※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。