

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

瑞穂町長 あて

瑞穂町ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種費給付申請書兼請求書

瑞穂町ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種費給付要綱第4条の規定により、任意予防接種費の給付を受けたいので、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		接種を受けた人との続柄	
	氏名			
	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。

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、この欄に名称、住所、電話番号を記載			

私が受領する接種費の給付について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 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込みを希望される場合、下欄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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (自署)</p>
---

【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記録事項）及び医療機関等における情報について、瑞穂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、瑞穂町において給付決定をした後は接種費の請求書として取り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市町村名を右欄に記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・市町村名 (                      )
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る接種費用について他の市町村から費用の助成その他これに相当する給付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ときや不正な行為により給付を受けたときは、給付済みの接種費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】

- 接種を受けた人の氏名、住所及び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）
  - ※申請時の住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか一つ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払を証明する書類（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、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し）
  - ※申請者と接種を受けた人が異なる、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。