

燕市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

申請日を記入 年 月 日

燕市長 あて

(申請者)

現住所 〒 -

ふりがな

氏名 (印)

被接種者(接種を受けた方)との続柄  
本人・父・母・その他( )

電話番号 - -

申請者について記入

押印

(印)

申請者と接種者が同じ場合は  を入れて下さい。違う場合は、記入して下さい。

※申請できるのは接種を受けた本人(18歳以上)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。

接種者の生年月日を記入して下さい

|                   |   |               |      |
|-------------------|---|---------------|------|
| (ふりがな)<br>被接種者氏名  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>( )  | 生年月日<br>年 月 日 |      |
| 現住所               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -   |               |      |
| 令和4年4月1日<br>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(サバリアクワ)<br><input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(カシバリアクワ) |               |      |
| 申請分               | 回数  | 接種年月日         | 申請金額 |
|                   | 1回目   | 年 月 日         | 円    |
|                   | 2回目   | 年 月 日         | 円    |
| 接種医療機関名           |   |               |      |

※複数の医療機関で接種した場合医療機関名を記載

現住所と同じ場合は  を入れてください  
現住所と違う場合は記入して下さい

どちらかに  を入れて下さい

申請する回数について、接種年月日、申請金額、接種医療機関を記入して下さい  
申請金額は領収書のある方のみご記入ください

|          |     |   |       |
|----------|-----|---|-------|
| ※市で記載します | 1回目 | 円 | 支給決定額 |
|          | 2回目 | 円 |       |
|          | 3回目 | 円 | 円     |

記入しないで下さい

**□のどちらかに  を入れて、必要事項を記入して下さい**

【同意・確認事項】 ※該当する項目にを入れて必要事項をご記載ください。

|   |  |  |
|---|--|--|
| ① | この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報についても、燕市が必要と認めるときには調査を行うことに同意しますか。   | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ              |
| ② | この申請書を燕市において支給決定した後は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か。  | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ              |
| ③ | 本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用について他自治体での助成を受けたことがありますか。<br><input checked="" type="checkbox"/> はいの場合、回数と金額をご記載下さい。 | <input type="checkbox"/> はい ___回<br>___円<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ | キャッチアップ接種を受けましたか。<br><input checked="" type="checkbox"/> はいの場合、回数と接種を受けた自治体名（市町村名）をご記載下さい。                       | <input type="checkbox"/> はい ___回<br>___<br><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していただきます。

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座へ振り込みを依頼します。

【振込先】

|       |                |  |      |       |
|-------|----------------|--|------|-------|
| 振込先口座 | 金融機関名          | 銀行・信用金庫・信用組合・農協  |      | 本店・支店 |
|       | 預金種別           | 普通・当座  | 口座番号 |       |
|       | フリガナ           |  |      |       |
|       | 口座名義人<br>(申請者) | <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>申請者と同じ方の名義の口座を記入して下さい</b> </div> |      |       |

【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（申請者と接種者が異なる場合は双方のもの）※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証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、支払い証明書等）※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）

※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の提出を求められることがあります。