

様式第1号 (第4条関係)

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

年 月 日

燕市長 あて

(申請者) 現住所 〒 -

ふりがな

氏名 ㊟

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。

(ふりがな) 被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )	生年月日	
		年	月 日
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)		
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
	3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			

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

【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 <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 <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。 <input 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 _____円 <input type="checkbox"/> いいえ
④	キャッチアップ接種を受けましたか。 <input 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 _____ <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 (申請者)			

【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。