

◆みほん◆

様式第1号（第4条関係）

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

壬生町長 様

※ 記入しないでください

標記について、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 | ミズ ハナコ                     | 接種を受けた者との続柄 | 本人 |
|     | 氏名   | 壬生 花子                      |             |    |
|     | 現住所  | 〒 321-0292<br>壬生町壬生甲3841-1 |             |    |
|     | 電話番号 | 0282-81-1887               |             |    |

※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。

|                                     |                          |   |              |   |  |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------|---|--|
| 被接種者                                | フリガナ                     | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ                  | 生年月日         | 平成<br>10年4月1日                           |  |
|                                     | 氏名                       | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ                  |              |   |  |
|                                     | 現住所                      | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ                  | 〒            |   |  |
|                                     | 令和4年4月1日時点の住所            | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ                  | 〒            | ※注意…住所が異なる場合は、4/1時点で居住していた市町村での申請となります。 |  |
|                                     | ワクチンの種類                  | <input checked="" 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<br>(申請分のみ記載) | 1回目   | 平成30年 4月 1日  |   |  |
|                                     |                          | 2回目   | 平成30年 5月 1日  |   |  |
|                                     |                          | 3回目   | 平成30年 11月 1日 |   |  |
|                                     | 申請金額<br>(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  | 〇〇医院         |   |  |
| 住所                                  |                          | 〇〇県△△市□□町1-2-3  |              |   |  |
| TEL                                 |                          | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  |              |   |  |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名称・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        | 〇 〇 銀行 信用金庫 農協 |  |  |  | 〇 〇 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         | <b>1234567</b> |  |  |  |              |  |  |  |  |
|            | フリガナ         | <b>ミヅ タロウ</b>  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| 口座名義人      | <b>壬生 太郎</b> |                |  |  |  |              |  |  |  |  |
| 依頼人（申請者）氏名 |              | <b>壬生 花子</b>   |  |  |  |              |  |  |  |  |



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。 |              |
| 令和〇年〇〇月〇〇日                         |              |
| 申請者氏名                              | <b>壬生 花子</b> |

【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、壬生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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>_____回・_____ |
| この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 checked="" 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合せをしましたか。                                      | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                 |

【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（申請者と被接種者が異なる場合は両方のもの）※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

振込希望先金融機関の通帳等の写し（口座番号確認用）

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限る。

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）

※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。