

様式第1号（第4条関係）

上峰町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兼請求書

年 月 日

上峰町長 様

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		接種を受けた者との続柄	
	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。

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ	生年月日	年 月 日		
	氏名					
	現住所	□申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	□現住所と同じ	〒			
	ワクチンの種類	□組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）				
		□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及び申請金額 (申請分のみ記載)	接種回数	接種年月日	窓口負担額	※上限額 (町記入欄)	申請(請求)額
		1回目	年 月 日	円	円	円
		2回目	年 月 日	円	円	円
		3回目	年 月 日	円	円	円
計			円	円	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						

私が受領する当該予防接種費に係る助成金について、下記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 ・ 金庫 組合 ・ 農協		本店 ・ 支店 本所 ・ 支所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
依頼人（申請者）氏名				

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入をお願いします。

<b>※ 委 任 状</b>	
私は、上記口座名義人に予防接種費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名 <span style="float: right;">⑩</span>

【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）及び医療機関における情報について、上峰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、上峰町において支給決定をした後は、予防接種費助成金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自治体名を右記に御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
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助成金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 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を行いましたか。	<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 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。
- 振込希望先金融機関の通帳（口座番号等確認用）
- 接種費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」欄の写し等）

※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。