

記入例

羽島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

令和 年 月 日

（あて先）羽島市長

申請書を提出する日をご記入ください

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	(ふりがな) 氏名	(はしま はなこ) 羽島 花子	接種を受けた者との続柄	母
	現住所	〒 501-6292 羽島市竹鼻町55番地		
	電話番号	058 - 392 - 1111		

※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	(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	(はしま はな) 羽島 花	生年月日	平成〇年〇月〇日	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	左記の該当する項目に✓または、空欄に 必要事項をご記入ください		
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" 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 checked="" 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	平成 〇 年 〇 月 〇 日			
		2回目	平成 〇 年 〇 月 〇 日			
		3回目	令和 〇 年 〇 月 〇 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	円		
		2回目	申請金額は空欄でお願いします			
		3回目	円	円		
接種医療機関	名称	〇〇病院				
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地				
	TEL	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	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 農協						<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	(ふりがな)	(はしま はなこ)				
	口座番号	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ゆうちょ銀行	-						
	口座名義人	羽島 花子						

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 年 年 日

申請者氏名

【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、羽島市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
この申請書を、羽島市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱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 回・
本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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

「はい」の場合は助成の対象になりません

紛失していない場合、✓は必要ありません

【提出書類】

- 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）※原本に限ります。
- 接種記録が確認できる母子健康手帳又は、当該履歴が確認できるものの写し

※本人確認書類として、運転免許証などの被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）をお持ちください。

※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。