

総社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申請書

令和 年 月 日

総社市長 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 (口座名義人)	フリガナ		被接種者との続柄	
	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。

※被接種者が18歳以上の場合、被接種者以外が申請する時は別途委任状をご提出ください。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	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"/> 申請者と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
	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						

申請額	接種回数	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
	1回目	円	円	円
	2回目	円	円	円
	3回目	円	円	円
	合計金額			円

口座振込先

金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所						
口座種別と 口座番号	普通預金	口座番号					
	当座預金						
フリガナ							
口座名義人							

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。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>	
--	--

【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、総社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。	☐はい ☐いいえ
この申請書を、総社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取り扱うことに同意しますか。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐いいえ

【添付書類】

- (1) 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し ※運転免許証, 健康保険証(両面)等
- (2) 予防接種をした際の領収書(被接種者の氏名が記載されたもの) ※原本に限ります。
- (3) 予防接種を受けたことを証明する書類(親子健康手帳(母子健康手帳)等)の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

※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。