

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成申請書

申請者 ^{フリガナ}氏 名

接種を受けた者との続柄

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。

標記について、三豊市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種に係る費用の助成に関する要綱第4条の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ 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			
		<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
	申 請 金 額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
		2回目	円		
3回目		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は、下記に名称・住所・TELを記載すること。					

私が受領する任意接種費用について請求しますので、次の口座に振込みをしてください。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								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									
	フリガナ									
	口座名義人									

依頼人（申請者）氏名

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、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、本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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、本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 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」の場合は、接種回数及び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 type="checkbox"/> いいえ 回・自治体名 ()
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 type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合は、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は相違があり支給要件に該当しなかった場合は、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。