

様式第1号（第4条関係）

阿南市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿南市長 宛て

次のとおり、阿南市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金事業実施要綱第4条第1項の規定により、阿南市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金の交付を申請します。

申請者	ふりがな		予防接種を受けた方との続柄	
	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（申請時点）に限ります。

予防接種を受けた方	ふりがな	<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"/> 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 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		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、名称・住所・TELを記載						

※裏面につづく

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

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								
	ふりがな								
	口座名義人								

依頼人(申請者)自署

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。	
年 月 日	申請者自署

【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(申請者と予防接種を受けた方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、阿南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
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市区町村名を右記に記載してください。	☐はい ☐いいえ (市区町村名) 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、他の都道府県又は市区町村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

【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書類(母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票の写し等、いずれかひとつ)
(紛失等により添付することができない場合は、様式第2号(第4条関係)に代えることができます)
- 予防接種を受けた方の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し(申請者と予防接種を受けた方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)等いずれかひとつ
- 助成金振込先口座の通帳の写し

※申請者と予防接種を受けた方が異なる、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。