

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

記入例

〇年 〇月 〇日

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の交付を受けることにより、阿南市ヒトパピローマウイルス感染症

予防接種を受けた方が申請時点で18歳以上の場合、予防接種を受けた方が申請者になります。予防接種を受けた方が記入してください。

申請者	ふりがな	あなん はなこ	予防接種を受けた方との続柄	母
	氏名	阿南 花子		
	現住所	〒774-0000 阿南市〇〇町〇丁目〇番地		
	電話番号	0884-00-0000		

※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	あなん ひかり	生年月日	H17年 3月 1日	
	氏名	阿南 光			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	記入内容に誤りがある場合は、二重線で消して訂正し、その近くに申請者の氏名を記入してください。	
	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			
		<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	年 月 日		
		2回目	年 月 日		
		3回目	R3年 6月 1日	阿南花子	
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	円	合計	00000 円
2回目		円			
3回目		00000円			
接種医療機関	名称	〇〇クリニック			
	住所	阿南市〇〇町〇〇番地			
	TEL	0884-00-0000			
※複数の医療機関で接種した場合、名称・住所・TELを記載					

予防接種費用として支払った金額を記入してください。（関係のない金額は含めないでください）
領収証がない場合は記入しないでください。

※表面に...

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	<input type="radio"/> 銀行 <input checked="" type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協						<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所		
	金融機関コード					支店番号				
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 ・ <input type="radio"/> 当座								
	口座番号	12345 分からない場合は記入不要								
	ふりがな	あなん たろう								
	口座名義人	阿南太郎								

依頼人(申請者)自署 **阿南 花子** ← 申請者と同じ名前を記入してください。

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 **阿南 花子**

申請者以外の方の口座に振り込みを希望される場合は、記入してください。

【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。	<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市区町村名を右記に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<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 checked="" 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

【提出書類】 令和4年4月1日以降の公費負担による接種

- 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。