

様式第1号（第4条関係）

豊山町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用償還払い  
申請書兼請求書

年 月 日

豊山町長

豊山町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要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請し、交付決定額をもって請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	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	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
	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、下記に名称・住所・電話番号を記載						

振込先

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		
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、豊山町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
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ご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input 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予防接種費用について他の自治体から費用の補助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、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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）※原本に限る
  - 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、接種済証等）
  - 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）（運転免許証、健康保険証等）
  - 振込希望先金融機関の通帳、キャッシュカードの写し等口座番号等が確認できるもの
- ※ 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。