

# 記入例

様式第1号(第4条関係)

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申請書

令和 ●●年 ●●月 ●●日

三郷市長

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	フリガナ	ミサト ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	三郷 花子		
	現住所	〒341-00●● 三郷市花和田●●-●●		
	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	フリガナ氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成●●年●●月●●日	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と同じ場合でも、必ずご記入ください。		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	9価ワクチン(シルガード9)は、助成対象外です。		
	ワクチンの種類	<input checked="" 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	平成●●年●●月●●日	(接種時の年齢)	●●歳
		2回目	平成●●年●●月●●日	(接種時の年齢)	●●歳
		3回目	●●年●●月●●日	(接種時の年齢)	●●歳
	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	●●●●病院			
	住所	●●●●県●●●●市			
	TEL	●●●-■●■-×××			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載してください。 領収書等の提出が困難な場合は、空欄のままにしてください。 領収書等により、申請額の確認ができる場合は、全額助成対象となります。(市の審査に通過した場合に限ります)					

裏面もあります。必ずご記入ください。

私が受領する任意接種費用について、下記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	●●●		本店
					信用金庫			支店
					農協			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	ミス ト ハナコ							
口座名義人	三郷 花子							
依頼人(申請者)氏名	申請者氏名と口座名義人が異なる場合にご記入ください。							

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 月 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。(網掛け部分に☑がある場合は、申請者にお問い合わせさせていただく場合があります。)

1	この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、三郷市が必要と認めるとき及び【誓約・同意事項】No. 5の「いいえ」欄に☑があるときは、三郷市が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
2	この申請書を、三郷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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		● 回 ・ ● ● 市	
4	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
5	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
6	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

\*キャッチアップ接種とは、平成9年度生まれ～平成17年度生まれの女性で、令和4年4月1日～令和7年3月31日までの間に公費で接種したものをいう。

【提出書類】

□申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し※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

□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。