

様式第1号（第4条関係）

山陽小野田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金申請書

年 月 日

山陽小野田市長 様

(申請者)

〒 -

住 所 _____

氏 名 _____

(接種を受けた者との続柄) _____

電話番号 _____

山陽小野田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年 月日	平成 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 <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・TELを記載							

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫・組合		本店 支店 出張所
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

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、下欄に記入をしてください。

<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】

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、市長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右記に御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 自治体名 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、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】

- 申請書
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）
- 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）
（窓口での申請ではない場合（郵送等））
 - 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）（住民票、運転免許証、健康保険証等）
 - 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

※必要書類が不足している場合は、追加の書類を求めることがあります。