

様式第1号（第3条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費償還払い申請書

令和 年 月 日

枝幸町長 様

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 |   | 接種を受けた者との関係 |
|     | 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 | 平成 年 |   |
|                                  | 氏名                 |  |       | 月日 | 月 日  |   |
|                                  | 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          | 〒 枝幸町 |    |      |   |
|                                  | ワクチンの種類            | <input type="checkbox"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン |       |    |      |   |
|                                  |                    | <input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン |       |    |      |   |
|                                  |                    | <input type="checkbox"/> 組み換え沈降9価HPVワクチン |       |    |      |   |
|                                  | 予防接種を受けた年月日（申請分のみ） | 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）        | 1回目                                      |       | 合計 |      |   |
|                                  |                    | 2回目                                      |       |    |      |   |
|                                  |                    | 3回目                                      |       |    |      |   |
| 接種医療機関                           | 名称                 |  |       |    |      |   |
|                                  | 住所                 |  |       |    |      |   |
|                                  | 電話番号               |  |       |    |      |   |
| ※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 |                    |  |       |    |      |   |

私が受領する償還払いの振込は、下記口座を指定します。

|            |         |       |    |  |  |  |      |  |  |  |
|------------|---------|-------|----|--|--|--|------|--|--|--|
| 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 |  |  |  |
|            | 預貯金種別   | 普通・当座 |    |  |  |  |      |  |  |  |
|            | 口座番号    |       |    |  |  |  |      |  |  |  |
| フリガナ       |         |       |    |  |  |  |      |  |  |  |
| 口座名義       |         |       |    |  |  |  |      |  |  |  |
| 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      年      日</p> <p>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、【枝幸町】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                 |
| この申請書を、【枝幸町】において支給決定をした後は接種費用の請求書として取扱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ご記載ください。                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>_____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】

- 本人確認書類（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
  - 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（口座番号等確認用）
  - 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）