

記入例

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

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

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	ミノカモ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	美濃加茂 太郎		
	現住所	〒505-8606 美濃加茂市太田町3431-1		
	電話番号	0574-25-2111	携帯電話もOKです	

※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	ミノカモ ハナコ	生年月日	平成 9年 4月 2日	
	氏名		美濃加茂 花子			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 美濃加茂市			
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 美濃加茂市			
	ワクチンの種類	<input checked="" 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	令和3年	4月	1日	
		2回目	令和3年	5月	1日	
		3回目	令和3年	10月	1日	
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	16,280円	合計	領収書から対象額を記入 48,840円	
2回目		16,280円				
3回目		16,280円				
接種医療機関	名称	○△×病院				
	住所	美濃加茂市太田町1234-5				
	TEL	0574-25-6789				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載してください。						

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 めぐみの 信用金庫 太田 本店 農協 支店 支所							
	金融機関コード	6	2	4	2	支店番号	0	1	0
	預金種別	普通・当座							
	口座番号	1234567						※7ケタで記入	
	フリガナ	ミノカモ タロウ							
口座名義人	美濃加茂 太郎						申請者の口座名義		
依頼人（申請者）氏名		美濃加茂 太郎							

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。

令和 年 月 日

申請者氏名

□にし印をつける

【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、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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、美濃加茂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
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 checked="" 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 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】

- 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）※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
- 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）

※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。