

各務原市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

申請日を記入してください。
令和5年 ●● 月 ■■ 日

（宛先）各務原市長

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 | カカミ ハナコ | 接種を受けた本人が18歳以上の場合、本人に限ります。 | 接種を受けた者との続柄 | 本人 |
| | 氏名 | 各務 花子 | | | |
| | 現住所 | 〒504-0912 各務原市那加桜町2-163 | | 日中つながりやすい電話番号を記入してください。 | |
| 電話番号 | 090-●●●●-▲▲▲▲ | | | | |

※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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年月日 | 平成●●年▲月■■日 | |
| | 氏名 | | | | 申請者と異なる場合は記入してください。 |
| | 現住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒 | | |
| | 令和4年4月1日時点の住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ | 〒 | 令和4年4月1日時点の住民票所在地の市町村が申請先となります。 | |
| | ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン | | 2価：商品名サーバリックス | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン | | 4価：商品名ガーダシル | |
| | 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 | | |
| | | 2回目 | 平成●●年 ●●月 ●●日 | | |
| | | 3回目 | 平成●●年 ●●月 ●●日 | | |
| | 申請金額 (申請分のみ記載) | 1回目 | 18,000円 | 合計 54,000円 | 税込金額を記入してください。不明な場合は何も書かないでください。 |
| 2回目 | | 18,000円 | | | |
| 3回目 | | 18,000円 | | | |
| 接種医療機関 | 名称 | 各務原市役所クリニック | | | |
| | 住所 | 各務原市那加桜町1-69 | | | |
| | TEL | 058-383-1111 | | | |
| ※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 | | | | | |

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 | あいう 銀行 信用金庫 農協 | かきく 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | |
| | 口座番号 | 1234567 | |
| | フリガナ | カカミ ハナコ | |
| | 口座名義人 | 各務 花子 | |

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5年●●月■■日 申請者と口座名義人が異なる場合、必ず申請者が記入してください。

申請者氏名 各務 花子

【誓約・同意事項】 ※該当する項目にを入れてください。

どちらか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、各務原市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、各務原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】

確認後、すべてにを入れてください。

- 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）※申請時住所記載のマイナンバーカード、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。