

別記様式第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兼請求書

（宛先）周南市長

年 月 日

周南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要綱第4条第1項の規定により、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続柄	
	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	生年月日	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	
		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 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協							本店 支店 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								
	口座名義人								

※申請者以外の方の口座に振り込みを希望される場合は、次の委任状を記入してください

※ 委 任 状	
私は、受任者に任意接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
住所	住所
氏名	氏名

【同意・確認事項】 ※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、周南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 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 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 <input type="checkbox"/> 書類の不足はない

※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していただきます。

【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）※マイナンバーカード（表面）、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか一つ
- 振込先口座の通帳の写し（銀行名・支店名・口座番号・名義人が確認できるページ）
- 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。

※ここから下は記入しないでください。

受付年月日	年 月 日	支給決定額	
-------	-------	-------	--