

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

〇年 〇月 〇日

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	カノコ ハコ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	健康 花子		
	現住所	〒745-0000 周南市〇〇町〇丁目〇番地		
	電話番号	0834-00-0000		

※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	カノコ ヲコ	生年月日	H17年3月11日	
	氏名		健康 周子			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	記入内容に誤りがある場合は、 二重線で消して訂正し、 その近くに申請者の氏名を記入、 または線の上に申請者の印鑑を押印してください。		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" 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 (サーバリックス)				
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (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		年	月	日
		2回目		年	月	日
		3回目	R3年	6	5	9
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目		円	合計	この欄は記入しないでください 円
2回目			円			
3回目		〇〇,〇〇〇円				
接種医療機関	名称	周南〇〇クリニック				
	住所	周南市〇〇町△△番地				
	TEL	0834- ●● - ●●●●				
※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						

予防接種費用として支払った金額を記入してください。(関係ない金額は含めないでください)
領収証がない場合は記入しないでください

