

HPVワクチン任意接種費用支給申請書

令和 年 月 日

（宛先） 八千代市長

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		接種した者 との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは、接種を受けた者又はその保護者に限ります。

接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年月日	平成 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	〒 八千代市			
	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	平・令	年	月	日
		2回目	平・令	年	月	日
		3回目	平・令	年	月	日
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目		円	合計	円
2回目			円			
3回目			円			
接種した 医療機関	名称					
	所在地					
	電話					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関の名称、住所及び電話番号を記載してください。						

※9価ワクチンは対象外です。

次の口座への振込みを依頼します。

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				
普通 ・ 当座	口座番号									
フリガナ										
口座名義人										

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、下記の委任状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を委任します。	
令和	年 月 日
(自著) 申請者氏名	

【誓約及び同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

当該申請に関して、支給の審査に必要な範囲で接種者の住民基本台帳に係る情報について照会することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療機関等に対し、接種者の情報(HPVワクチンに係る情報に限る。)について照会することに同意します。	<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」の場合は、接種回数と接種を受けたときに居住していた市区町村名を右にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・_____
本申請分のHPVワクチンの費用について、他の市町村から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
HPVワクチンの費用助成について、他市区町村に照会することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】 ※申請前に、提出する書類名の□にレを入れてください。

- 振込口座の通帳又はキャッシュカードの写し
- 接種費用の領収書等※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)