

別記第2号様式の3（第8条関係）

垂水市任意予防接種助成金償還払申請書兼請求書
（ヒトパピローマウイルスワクチン）

年 月 日

垂水市長 様

垂水市任意予防接種助成事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて費用助成について申請及び請求いたします。

申請者	フリガナ氏名		接種を受けた者との続柄		
	住所	〒垂水市			
	電話番号				
接種情報	フリガナ氏名 (被接種者)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	生年月日	年	月	日	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点での住所	<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			
	予防接種を受けた生年月日	1回目	年	月	日
		2回目	年	月	日
		3回目	年	月	日
	接種医療機関名				
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称を記載				
申請金額	1回目	円	合計	円	
	2回目	円			
	3回目	円			

振 込 口 座	金融機関	銀行	支店
		農協	支所
		金庫	出張所
	口座種別		
	口座番号		
	口座名義		
依頼人（申請者）氏名			

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。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

【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、垂水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。	□はい □いいえ
この申請書を、垂水市において支給決定をした後は任意接種用の請求書として取扱うことに同意しますか。	□はい □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。	□はい □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。	□はい □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。	□はい □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。	□はい □いいえ

【添付書類】

- 1. 医療機関の領収書の写し
- 2. 本人確認書類の写し※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの
- 3. 接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種証又は接種済みの記載がある予診票の写し
- 4. 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用証明書（別記第5号様式） ※上記3がない場合に限る
- 5. 振込口座の写し

※市記入欄	助成決定日	年 月 日	支給額	円
-------	-------	-------	-----	---