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

年　　 月 　　日

池田市長

申請者

氏　名：

　接種を受けた方との続柄（　　　　　）

現住所：

電　話：

※申請できるのは、接種を受けた方又はその保護者に限ります。

下記のとおり、ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種を受けましたので、必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり市が住民登録情報等を確認することに同意します。

また、当該金額の支払いについては、裏面の預金口座への振り込みをもって受領したものと認めます。ただし、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。

**※裏面もご覧ください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種を受けた方 | フ 　リ 　ガ　 ナ　 | □申請者と同じ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　　　 名 |  |
| 現　　 住 　　所 | □申請者と同じ |  |
| 令和４年４月１日時点の住所 | □現住所と同じ |  |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □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　　　　　　　　　　　円 |
| ２回目 | 円　 |
| ３回目 | 円　 |
| 接種医療機関 | 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載してください。 |
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | 銀行　　信用金庫信用組合労働金庫農協　　 | 本店　支店　支所　　　出張所 |
| 預金種目（番号に○印） | 　１．普通　　　　２．当座 |
| 口 座 番 号 |  |
| 口 座 名 義 | （フリガナ） |
| （氏　　名） |
| ゆうちょ銀行 | 店番 |  |
| 預金種目（番号に○印） | 　１．普通　　２．当座　　３．その他（　　　　） |
| 口 座 番 号 |  |
| 口 座 名 義 | （フリガナ） |
| （氏　　名） |

【必要書類】

　□接種を受けた方の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し（申請者が保護者の場合は双方のもの）

　　※住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれか一つ。

　□振込口座の預金通帳の写し又は口座の情報が確認できる書類

　□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）

　□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）

　□そのほか市長が必要と認める書類