

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。

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|-----|-------|---|
| 接種を受けた方 | フリガナ | | | 生年 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | 月 日 | | |
| | 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 | 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。 | | | | | | |

※裏面もご覧ください

様式第1号（第4条関係）

| | | | |
|------|-------------|----------------------------------|-----------------------|
| 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