

様式第1号(第4条関係)

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

令和 年 月 日

(あて先)加茂市長

標記について、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		接種を受けた者との続柄
	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		生年月日	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"/> 申請者と同じ	〒			
	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 type="checkbox"/> 組換え沈降4価 HPV ワクチン(ガーダシル)				
	定期接種期間を過ぎて予防接種を受けた年月日	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額	1回目	円	合計		
2回目		円				
3回目		円	円			
接種医療機関名						

<裏面もご記入ください>

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名		支店名	
	預金種目	当座・普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
	委任 申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入・押印	上記口座に振り込み願います。 _____ 印		

【誓約・同意事項】

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、加茂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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、加茂市において支給決定した後は任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<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、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記入ください。	<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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

加茂市チェック欄

【提出書類】

- 申請者と被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し(※住民票、運転免許証、健康保険証(両面)など)
- 振込先口座のわかる通帳やキャッシュカードの写し
- 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)
- 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)※原本に限る
⇒紛失した場合、県内統一単価をもとに交付決定 1回接種あたり 16,066 円