

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

菊池市長 様

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、次の菊池市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり助成を申請及び請求します。

申請者	フリガナ		任意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、任意接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

任意接種を受けた者	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	〒			
	接種時点での居住地	☐ 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				
	任意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 (内訳の合計額。内訳は、申請分のみ記載)	円		内訳		
				1回目	円	
				2回目	円	
				3回目	円	
接種医療機関	名称					
	所在地					
	電話番号					
※ 複数の医療機関で接種した場合はここにその名称、所在地及び電話番号を記載						

【誓約・同意事項】※該当する項目にチェックを付けてください。

申請者の住民基本台帳(任意接種を受けた者と申請者とが異なる場合は、双方の記録事項)及び医療機関における情報について、菊池市が必要と認めるときは調査をする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、接種回数及び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 (接種回数) _____ 回 (自治体名) _____
この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
必要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
偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた場合、支給決定後に助成金の交付の要件に該当しないことが判明した場合は、支払済みの助成金を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【必要書類】

- ☐ 接種費用を支払ったことを証明する書類の原本(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)
- ※ 任意接種を受けた者と申請者とが異なる場合、必要書類が不足している場合等は、追加の書類の提出を求めることがあります。

【振込先口座】

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店
預金種別	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を希望される場合、下記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に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名 印

提出方法についていずれかに○印をつけてください 提出方法: 紙 / 電子メール

書類発行責任者		担当者名	
連絡先		連絡先	

※書類発行責任者と担当者は同じでも構いません。 ※書面内容の確認の為、電話等で確認を行う場合があります。