

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

西都市長 様

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金の交付を受けたいので、西都市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人（助成対象者が18歳未満の場合はその保護者）に限ります。

助成対象者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と		生年									
	氏名	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											
	任意接種年月日 (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	合計							
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	円									
		2回目	円										
3回目		円											
接種医療機関	名称												
	住所												
	TEL												
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載													

私が受領する助成金について、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	銀行・信用金庫							
		農協・労働金庫				本店・支店・支所			
	金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通・当座			口座番号				
	フリガナ								
	口座名義人								
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。

※委任状	
私は、上記口座名義人に助成金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

【同意・確認事項】※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（申請者と助成対象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、西都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
キャッチアップ接種を受けましたか。受けた場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記に御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分のHPV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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【添付書類】

任意接種に要した費用及び接種回数を証明できる書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

※原本に限ります。

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）（ない場合は、様式第2号）

助成対象者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と助成対象者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）