

大田原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成申請書兼請求書

令和●年●月●日

大田原市長 様

接種を受けた本人が18歳以上の場合は、本人に限ります。

大田原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

申請者	フリガナ	オオタワラ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	大田原 花子		
	現住所	〒324-8641 大田原市本町1-4-1 電話番号 090-●●●●-●●●●		

※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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	平成●年●月●日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と異なる場合は、記載してください。			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	令和4年4月1日時点の住民票所在地の市町村が申請先となります。			
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ				
	ワクチンの種類	<input checked="" 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)				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	令和●年●月●日			
		2回目	令和●年●月●日			
		3回目	年 月 日			
	申請(請求)金額 (申請分のみ記載)	回数	自己負担額(A) 実費が不明の場合は、「不明」と記入。	上限額(B)	請求額(C) A又はBの少ない額不明の場合はBの額	
		1回目	不明 円	13,200 円	13,200 円	
		2回目	●●●●● 円	16,500 円	●●●●● 円	
		3回目	円	円	円	
		合計	●●●●● 円	29,700 円	●●●●● 円	
	接種医療機関	名称	●●● 病院			
所在地		●● 県 ●● 市 ●● ●丁目●番地●●				
※複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称及び所在地を記載してください。 助成額は接種費用又は16,500円/回のいずれか少ない額です。 (予診のみや接種に要した交通費、文書作成料等は対象外) 領収書等がない場合は13,200円と記載してください。						

振込先口座を記入してください。

金融機関名	●● 銀行	支店等名	●● 支店
口座種別	普通・当座	口座番号	●●●●●●●●
フリガナ	オオタワラ ハナコ		
口座名義	大田原 花子		

申請者と異なる口座名義に振込を希望される場合は、下欄に記入してください。

※委任状	申請者と口座名義人が異なる場合、この欄に必ずご記入ください。
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

【誓約・同意事項】 ※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、大田原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。	☑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、接種回数と接種を受けた市区町村名を記入してください。	☑はい ☐いいえ 接種回数 ● 回 市区町村名 ●●市
本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市区町村から接種費用の助成を受けたことがありますか。他市町村において同様の趣旨の償還払いを受けている場合は対象外です。	☐はい ☑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。	☑はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や記載内容に相違があり、交付要件に該当しなかったときには、交付額を返還することに同意しますか。	☑はい ☐いいえ

【添付書類】

漏れなくチェックしてください。

- 1 接種費用の支払いを証明する書類(領収書、診療明細書、支払証明書等) の原本
- 2 接種記録が確認できる書類(母子健康手帳、予防接種済証等)の写し

※2の書類がないときは、大田原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成申請用証明書(様式第2号)で代用することができます。