

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

碧南市長 様

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		

※申請者は、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	平成 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"/> 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 (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	平成・令和	年	月	日
		2回目	平成・令和	年	月	日
		3回目	平成・令和	年	月	日
	申請金額(申請分のみ記載)	1回目		円	合計金額	
		2回目		円		
		3回目		円		
	接種医療機関	名称				
住所						
電話						
複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話を記載						

裏面もご記入ください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目にレ点を入れてください

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。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載ください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
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い合わせを行いましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に誤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

【その他の提出書類】

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）

\* 原本に限る

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）

\* 写しの提出の場合、原本の確認 済 ・ 未