

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兼請求書

令和 4 年 7 月 1 日

小豆島町長 あて

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	ショウズ シマコ	接種を受けた者 との続柄	母
	氏名	小豆 島子		
	現住所	〒761-0000 香川県小豆郡小豆島町〇〇123番地4		
	電話番号	090-1234-5678		

※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	ショウズ ハナコ	生年月日	平成 9 年 4 月 2 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	小豆 花子			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒541-0000 大阪府大阪市〇〇123番地4			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒761-0000 香川県小豆郡小豆島町〇〇123番地4			
	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		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 自費で受けた分だけ記載してください。 </div>		
		2回目				
		3回目	平成 27 年 4 月 1 日			
	申請金額 （申請分のみ記載）	1 2 3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 申請金額の欄は、何も記入せずに 空欄のままご提出ください。 </div>		合計	円
	接種医療機関	名称	〇〇病院			
住所		香川県〇〇市△△123番地4				
TEL		087-0000-0000				
※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	香川							<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協			<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所		
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7					
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座			口座番号			1234567						
	フリガナ	ショウズ シマコ												
	口座名義人	小豆 島子												

※申請者以外の方の口座に振り込みを希望される場合は、次の委任状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。	
令和	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、小豆島町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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ (回) (市・町・村)
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 checked="" 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 checked="" 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していただきます。

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 振込先口座の通帳の写し（銀行名・支店名・口座番号・名義人が確認できるページ）
- 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）

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。