

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申請書兼請求書

年 月 日

（あて先） 広川町長

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 | 印 | |
| | 現住所 | 〒 | |
| | 電話番号 | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|-------|-------|---|
| 被接種者 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年月日 | 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 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン | | | |
| | 予防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 (申請分のみ記載) | 1回目 | 円 | 合計 | 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 | | | | | |

私が受領する任意接種の助成金について、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 | | | | | | | | 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、下欄にご記入ください。

※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 年 日

申請者氏名

【確認事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

| | |
|---|--|
| 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 |

【誓約・同意事項】

- 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、広川町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- 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、交付済みの助成金を返還することに同意します。

年 月 日

氏名

【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物）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード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）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限る
添付ができない場合は、その理由を記載してください。（ ）
- 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）

※申請者と被接種者が異なる・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。