

様式第1号(第4条関係)

蕨市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

年 月 日

蕨市長 あて

標記の償還払いについて、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		生年	年 月 日	
	氏名			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				
	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					
	所在地					
	電話番号					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・所在地・電話番号を記載						

※償還額は、接種を行った医療機関に対し支払った額と接種をした日の属する年度の委託単価とのいずれか低い額になります。

私が受領する任意接種費用（市が支給を決定した償還額）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	本店
		信用金庫	支店
		農協	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。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>年 年 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

以下の各項目を確認し、チェック欄に☑を入れてください。

**【確認事項】**

<p>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ご記載ください。</p> <p><input type="checkbox"/> はい（ 回・ ） <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 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はありません。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>
---

**【同意事項】**

<p><input type="checkbox"/> 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、市が必要と認める場合に調査を行うことに同意します。</p>
--

**【誓約事項】**

<p><input type="checkbox"/> 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することを誓約します。</p>
---

**【提出書類】**

- 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)

※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。