

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

令和 年 月 日

木更津市長 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	キサラヅ ハナコ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	木更津 花子		
	現住所	〒292-8501 木更津市朝日3丁目10番19号		
	電話番号	0438-38-6981		

※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	キサラヅ アサリ	生年月日	平成16年4月1日	
	氏名		木更津 あさり			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒292-8501 木更津市富士見1丁目2番1号			
	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 type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input checked="" 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	令和2年	6月	15日	
		3回目	令和3年	6月	15日	
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	32,300円	
		2回目	15,800円			
		3回目	16,500円			
	接種医療機関	名称	2回目：〇〇〇レディースクリニック			
住所		東京都〇〇市〇△番地				
TEL		0422-××-〇〇〇〇				
※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						
3回目：〇×産婦人科 千葉県千葉市〇区〇△番地 043-×××-〇〇〇〇						

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	○○ <b>銀行</b> 信用金庫 △△ <b>本店支店</b> 農協 支所							
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7
	預金種別	普通 <b>・</b> 当座							
	口座番号	9 8 7 6 5 4 3							
	フリガナ	キサラヅ ハナコ							
口座名義人	木更津 花子								
依頼人（申請者）氏名		木更津 花子							

申請者と口座名義人が異なる場合は、必ず記入してください

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。

※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

**【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、木更津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
この申請書を、木更津市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱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自治体名を右記にご記載ください。	□はい ☑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。	□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い合わせを行いましたか。	☑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。	☑はい □いいえ

**【提出書類】**

- 被接種者の場合は双方の
- 振込希望先
- 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）

上記の誓約・同意事項に誓約・同意頂けない場合や、他の自治体から費用助成を受けたことがある場合、申請受付ができません。また、提出書類に不足等がある場合も、受付できませんので、ご注意ください。添付用紙をご活用ください。

※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。