

HPVワクチン任意接種費用支給申請書

年 月 日

坂 町 長 様

HPVワクチン任意接種費用の支給について、次のとおり申請します。

| | | | | |
|-------------|------|------------------|---------------|--|
| 申請者 (※1) | フリガナ | | 任意接種を受けた者との続柄 | |
| | 氏名 | (※2:旧姓) | | |
| | 現住所 | 〒731-43 安芸郡坂町 | | |
| | 電話番号 | | | |

※1:申請者は、任意接種を受けた本人又はその保護者、同居家族に限ります。

※2:申請者が本人で接種後氏名が変わった場合、旧姓を記入

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--|----------|---------------|---------------------|
| 任意接種を受けた者 | 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 時点の住民登録地 | <input type="checkbox"/> 現住所 と同じ | 〒 | ※保険健康課 確認欄 | |
| | 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） | | | |
| | 任意接種を 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 (内訳の合計額。内訳 は、申請分のみ記載) | | 支払金額(円)① | 坂町基準額(円)② | 請求金額(円)(①と②のうち低い金額) |
| | | 1回目 | | 16,560 | |
| 2回目 | | | 16,560 | | |
| 3回目 | | | 16,560 | | |
| | | 合計 | 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は、下記にその名称、所在地及び電話番号を記載 | | | | | |

裏面もご記入ください

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 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | | | | | | 支店 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記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】 ※該当する項目にチェックを付けてください。

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 申請者の住民基本台帳（任意接種を受けた者と申請者とが異なる場合は、双方の記録事項）及び医療機関における情報について、坂町が必要と認めるときは調査をすることに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| この申請分のHPVワクチン任意接種について、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 |
| 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた場合、交付決定後に助成金の交付の要件に該当しないことが判明した場合は、支払済みの助成金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 |

【必要書類】

- ①被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（健康保険証、運転免許証等）
※任意接種日時点から姓が変わっている方は、旧姓が確認できるものがが必要です。
（例：運転免許証の写し、マイナンバーカードの写し等）
- ②申請者と被接種者が異なる場合は、申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（健康保険証、運転免許証等）
- ③医療機関が発行した予防接種費用の領収書等またはHPVワクチン任意接種済証明書
- ④予防接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」、予防接種済証等）
またはHPVワクチン任意接種済証明書
- ⑤振込先口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）