

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

(あて先)小松市長

申請者 現住所 〒

ふりがな

氏名

(口座名義人と同一)

被接種者との続柄

本人・母・父・その他()

電話番号 - -

※申請できるのは接種を受けた本人(18歳以上)、又はその保護者に限ります。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ()		生年月日	平成 年 月 日
	<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(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)			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン(シルガード9)			
	※9価の場合、申請には条件がありますので事前にご連絡ください。			
予防接種を受けた 年月日 (申請分のみを記載)	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日
申請金額 (申請分のみを記載)	1回目	円		
	2回目	円		
	3回目	円		
接種医療機関名				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名を記載				
決定金額 (市で記載します)	1回目	円	合計	
	2回目	円		
	3回目	円		

【確認事項】

①	この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、小松市が必要と認めるときには調査を行うことに同意しますか。(②についても含む)	<input type="checkbox"/> 了承しました
②	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、小松市任意予防接種費の助成又は他自治体で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 回・円
	助成を受けている場合(②の回答及び①の調査にて)は、その助成金額を差し引いた金額を払い戻します。	<input type="checkbox"/> 了承しました
③	「支払い金額を証明する書類」が準備できない場合には、市の規定額(上限額ではありません)の助成となります。	<input type="checkbox"/> 了承しました
④	この申請書を、小松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り扱いたいします。	<input type="checkbox"/> 了承しました
⑤	公費(キャッチアップ接種含む)で接種を受けましたか。はいの場合、接種回数を右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回
⑥	申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給条件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還いただきます。	<input type="checkbox"/> 了承しました

振込先

金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店 支所	
	種別	普通・当座	口座番号		
ゆうちょ銀行 (通帳の写しを添付)	ゆうちょ銀行	預金種目	店名・店番		通帳番号(右詰めでお書きください)
	9 9 0 0	普通・当座			
口座名義人	氏名			カナ氏名	

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もの)

※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証(両面)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)

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(母子健康手帳の写し等)

※申請書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、追加の書類の提出をお願いすることがあります。