

記入例（令和4年度申請）

第1号様式（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兼請求書

令和4年5月31日

白河市長

日付空欄でも可

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請し、請求します。

申請者	フリガナ	シラカワ ヤスタケ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	白河 保健		
	現住所	〒961-0054 白河市北中川原313番地		
	電話番号	0248-27-2112		

※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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	シラカワ ケンコ	生年月日	平成14年4月1日	
	氏名		白河 健子			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン	ガーダシル			
	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	令和4年3月1日			
	申請金額	合計	16,141	円	@16,141円。空欄でも可。	
接種医療機関	名称	●●●クリニック				
	住所	白河市●●●●番地				
	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	白河シティ	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	
	預 金 種 別		普通	当座	
	口 座 番 号	1234567			
	フ リ ガ ナ	シラカワ ヤスタケ			
	口 座 名 義 人	白河 保健			

【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、市長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
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
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】

- ☑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（口座確認用）
 - ☑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）
- ※必要に応じて追加の書類を求めることがあります。