

様式第1号（第5条関係）

行田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る男性任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

行田市長

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		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

※ 申請者は、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		生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 9価ワクチン <input type="checkbox"/> 4価ワクチン			
	接種回数	接種日	①接種費用 (税込)	②助成金上限額	①か②のいずれか 低い額
	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 3回目	年 月 日	円	円	円
	助成金申請（請求）額				円
	接種医療機関	名称			
住所					
電話番号					
※ 複数の医療機関で接種した場合は、上記以外の医療機関の名称、住所及び電話番号を以下に記載してください。					

私が受領する助成金について、次の指定口座への振込を依頼します。

口座振込記入欄	金融機関名				支店名				種別			
									1 普通			
									2 当座			
	金融機関コード				店舗コード				口座番号			
	フリガナ											
口座名義												

※ 申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に署名をお願いします。

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。	
年 月 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、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請をする前に9価ワクチン又は4価ワクチンの任意接種を受けたことがありますか。「はい」の場合、接種回数をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、他の市区町村から費用の助成を受けたことがありますか。「はい」の場合、自治体名をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____

【添付書類】

- 被接種者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカード（表面）、資格確認書等）の写し（申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの）
- 助成金の振込希望先の口座名義及び口座番号が分かる通帳、キャッシュカード等の写し
- 医療機関が発行する領収書又は診療明細書等の費用の内訳が分かるものの原本
- 予防接種を受けた記録が分かるもの（予防接種済証か母子健康手帳）の写し

【市確認欄】

接種日	<input type="checkbox"/> 接種日の申請者及び被接種者の住所地 <input type="checkbox"/> 接種日の年齢（小6～高1相当）
助成回数	<input type="checkbox"/> 9価の1回目を15歳未満で接種の場合は2回助成。その他は3回助成
助成額	9価ワクチン <input type="checkbox"/> 年度 円 <input type="checkbox"/> 年度 円 <input type="checkbox"/> 年度 円
	4価ワクチン <input type="checkbox"/> 年度 円 <input type="checkbox"/> 年度 円 <input type="checkbox"/> 年度 円
申請期限	<input type="checkbox"/> 接種日から6月以内（例：接種日が4月1日の場合は、9月30日）