

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

行田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、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					
	現住所	<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 <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	予防接種を受けた日	1回目	年 月 日			
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額	1回目	円	合計		
		2回目	円			
3回目		円	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・電話番号を記載してください。						

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

振込希望先口座	金融機関名		本支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			
依頼人（申請者）氏名				

※ 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。	☐はい ☐いいえ
他の市区町村で、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（HPVワクチン）の定期接種を受けましたか。 「はい」の場合、接種回数及び接種を受けた自治体名を右記にご記入ください。	☐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 ☐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
申請内容に偽りその他不正があった場合は、交付済みの助成金を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【添付書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（マイナンバーカード、運転免許証、申請時住所記載の住民票の写し等）の写し（申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの）
- 振込希望先金融機関の口座名義及び口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写し
- 対象接種を受けたことを証明する書類（予診票、予防接種済証、母子健康手帳等）の写し
- 接種費用の支払を証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）の原本