

様式第 1

申請期限は、各接種日から起算して6か月以内です。

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

令和〇年〇月〇日

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	ギョウダ ハナコ	接種を受けた 者との続柄	母
	氏 名	行田 花子		
	住 所	〒361-0000 行田市本丸0-0		
	電 話 番 号	000-0000-0000		

※ 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	ギョウダ タロウ	生 年 月 日	平成〇年〇月〇日	
	氏 名	行田 太郎			
	住 所	☒ 申請者と 同じ	補助金申請を行う予防接種の接種日と記載してください。 例：3回目の接種をせず1～2回目の2回分を申請する場合 ・1回目と2回目を記載		
	ワクチンの種 類	☒ 組換え			
	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
	☒ 1回目	令和〇年〇月〇日	20,000円	記載不要です。 (添付書類により当課で金額を確認し ます。)	
	☒ 2回目	令和〇年〇月〇日	20,000円		
	☐ 3回目				
	助成金申請(請求)額				
	接種医療機関	名 称	〇〇病院		
住 所		行田市本丸000			
電 話 番 号		048-000-0000			
※ 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					
	〇〇 銀行 信用金庫 農 協 信用組合				〇〇 本店 支 店 支 所 出張所				1 普 通 2 当 座					
	金融機関コード				店舗コード				口 座 番 号					
	●	●	●	●	▲	▲	▲	■	■	■	■	■	■	
	フリカナ		ギョウダ ハナコ											
	口座名義		行田 花子											

※ 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
これまでに4価HPV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

【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）、健康保険証等）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
- ☐ 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
- ☐ 予防接種を受けたことを証明する書類（予防接種済証、母子健康手帳等）の写し