

様式第1号（第4条関係）

取手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請書兼請求書

年 月 日

取手市長 殿

申請者

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄（ ）

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		生年月日	年 月 日	
	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	〒 - _____ 取手市			
接種状況	接種回数 (申請分のみ)	種類 (○付ける)	接種日	支払額 (A)	償還払上限額 (B)	AとBのいずれか少ない額 (C)
	1回目	2価・4価		円	16,500円	円
	2回目	2価・4価		円	16,500円	円
	3回目	2価・4価		円	16,500円	円
	請求金額合計：(C)の合計					

本書で請求する任意接種費用については、下記指定口座への振込みを依頼します。

金融機関名	銀行 本店							
	信用金庫 支店							
	農協 支所							
	金融機関コード					支店番号		
預金種別	普通 ・ 当座							
口座番号	フリガナ							
	口座名義人							

裏面もご覧ください

【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
この申請書を、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うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
これまでに公費でHPVワクチン(キャッチアップ接種を含む。)の接種を受けましたか。はいの場合、接種日・接種回数・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 接種日: _____ (回目) 自治体名: _____ 接種日: _____ (回目) 自治体名: _____
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
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】

- ☐ 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(口座番号等確認用)
- ☐ 接種費用の支払を証明する書類(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「予防接種の記録」欄の写し等)
 - ※ 申請者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, 追加の書類を求めることがあります。