

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

あきる野市長 殿

あきる野市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用支給申請書

あきる野市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の支給について、あきる野市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種に伴う償還払いによる接種費用支給要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請者（該当する□にレ印を付けてください。）

|      |        |          |          |
|------|--------|----------|----------|
| フリガナ |        | 被接種者との関係 | □本人 □保護者 |
| 氏名   |        |          |          |
| 現住所  | (〒 - ) |          |          |
| 電話番号 |        |          |          |

2 被接種者（該当する□にレ印を付けてください。）

|               |          |        |      |       |
|---------------|----------|--------|------|-------|
| フリガナ          | □申請者と同じ。 |        | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名            |          |        |      |       |
| 現住所           | □申請者と同じ。 | (〒 - ) |      |       |
| 令和4年4月1日現在の住所 | □現住所と同じ。 | (〒 - ) |      |       |

3 予防接種の内容（該当する□にレ印を付けてください。）

|                             |                          |       |       |
|-----------------------------|--------------------------|-------|-------|
| ワクチンの種類                     | □組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） |       |       |
|                             | □組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）   |       |       |
| 接種年月日及び接種費用（申請分のみ記載してください。） | 1回目                      | 2回目   | 3回目   |
|                             | 年 月 日                    | 年 月 日 | 年 月 日 |
|                             | 円                        | 円     | 円     |
|                             | 合計（支給申請額）                |       | 円     |
| 接種を受けた医療機関                  | 名称                       |       |       |
|                             | 所在地                      |       |       |
|                             | 電話番号                     |       |       |
| 複数の医療機関で接種を受けた場合の他の医療機関     | 名称                       | 名称    |       |
|                             | 所在地                      | 所在地   |       |
|                             | 電話番号                     | 電話番号  |       |

4 振込先（申請者氏名欄に記載された氏名と同じ名義のものに限ります。）

私に支給される接種費用については、次の口座に振り込みを依頼します。

|       |                                      |      |  |  |  |  |  |     |
|-------|--------------------------------------|------|--|--|--|--|--|-----|
| 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>信用組合<br>労働金庫 |      |  |  |  |  |  | 本店  |
|       |                                      |      |  |  |  |  |  | 支店  |
| 種目    | 普通・当座                                | 口座番号 |  |  |  |  |  | 出張所 |
| フリガナ  |                                      |      |  |  |  |  |  |     |
| 口座名義  |                                      |      |  |  |  |  |  |     |

5 確認事項（該当する□にレ印を付けてください。）

|  |  |
|--|--|
| キャッチアップ接種を受けましたか。                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| はいの場合、接種回数（ 回）・接種を受けた自治体名（ ）                         |  |
| ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種について、他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 接種費用の領収書等を紛失している場合、接種を受けた医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

6 同意事項（該当する□にレ印を付けてください。）

|  |   |
|--|---|
| 申請に係る審査をするため、被接種者の住民情報について市の公簿で確認すること。 | <input type="checkbox"/> 同意する。<br><input type="checkbox"/> 同意しない。 |
| 同意することにより、被接種者の住民票の写しの添付を省略できます。       |   |
| 市が接種費用の支給に必要な範囲内で、医療機関等に調査を行うこと。       | <input type="checkbox"/> 同意する。<br><input type="checkbox"/> 同意しない。 |
| 同意しない場合は、接種費用の領収書等の原本が必要です。            |   |

7 添付書類

- (1) 被接種者の住民票の写し（令和4年4月1日現在において市内に住所を有することが確認できるもの）
- (2) 申請者の運転免許証、健康保険証等の本人確認書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合のみ）
- (3) 母子健康手帳の予防接種記録が記載されたページの写し等（接種記録が確認できるもの）
- (4) 接種費用の領収書等（紛失し、再発行等を受けられない場合は、医療機関等に調査を行うことについての同意が必要です。）
- (5) 市長が必要と認める書類