

能美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い申請書

年 月 日

能美市長 宛て

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		
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは接種を受けた本人です。本人以外の代理人が申請する場合は別途委任状を提出してください。

被接種者	被接種者について、下記の質問にご回答ください。(全て「はい」と答えた方が対象です)				
	・令和4年4月1日時点にて、能美市に住民登録がありますか。 (能美市から転出された方は、令和4年4月1日時点で能美市に住民登録がありましたか。)		□はい □いいえ		
	・生年月日は平成9年4月2日から平成17年4月1日までの間ですか。		□はい □いいえ		
	・16歳になる年度の末日までにHPVワクチンの定期接種を3回終了していないですか。		□はい □いいえ		
	・接種日は、17歳になる年度から令和4年3月31日までの間ですか。		□はい □いいえ		
	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日時点の住所	□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			
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年	月	日
		2回目	年	月	日
		3回目	年	月	日
	申請金額 (申請分のみ記載) ※助成額は下欄参照	1回目	円	合計	円
2回目		円			
3回目		円			
接種医療機関	名称				
	住所				
	TEL				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載					
<b>【助成額】</b> 1回上限16,000円(接種費用と比較して低い金額) ＊医療機関が発行した接種の支払いを証明する書類(領収書、支払証明書等)提出がない場合は15,000円					

私が請求する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	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										
依頼人(申請者)氏名										

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
---

【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能美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
キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合、接種回数と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 回( 市・町)
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)  
※申請時住所に記載の運転免許書、健康保険証など
- 接種費用の支払いを証明する書類の原本(医療機関が発行した領収書及び明細書、支払証明書等で接種者名、接種日及びワクチン名の記載があるもの)
- 接種記録が確認できる書類(接種者名、接種日及びワクチン名、接種回数)が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等(写し)
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し(口座番号等確認用)

※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。