

様式第1号(第5条関係)

能美市ヒトパピローマウイルス任意予防接種費用助成金申請書

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		
	氏 名	接種を受けた者との続柄	
	現 住 所	〒	
電 話 番 号			

被 接 種 者	次の項目について該当する方に☑を入れてください。(全て「はい」に該当する方が対象となります。)			
	・HPV予防接種を受けた日において能美市に住所を有している。		□はい □いいえ	
	・本助成金の申請日において能美市に住所を有している。		□はい □いいえ	
	・HPV予防接種を受けた日の属する年度の末日における年齢が17歳以上20歳未満である。(例)接種日R7.4.1→R8.3.31現在の年齢、接種日R8.3.1→R8.3.31現在の年齢と		□はい □いいえ	
	・令和4年4月1日から令和7年3月31日までの間にHPV予防接種を受けていない。		□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	〒	
	予防接種を受けた年月日 (申請分に✓を入れてください)	□ 1回目	年 月 日 ( ② ・ ④ ・ ⑨ )	
		□ 2回目	年 月 日 ( ② ・ ④ ・ ⑨ )	
	□ 3回目	年 月 日 ( ② ・ ④ ・ ⑨ )		
(参考) ②:サーバリックス(2価) ④:ガーダシル(4価) ⑨:シルガード9(9価)				
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、名称・住所・電話番号を記載				

【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
------------------------------------------------------------------------------------	----------

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。

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

【提出書類】

- 医療機関が発行した領収書の原本(被接種者名、接種日及びワクチン名の記載があるもの(記載のない場合は明細書も添付))
- 接種記録(被接種者名、接種日、ワクチン名及び接種回数)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。