

様式第1号（第4条関係）

新温泉町子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用償還払い申請書

年 月 日

新温泉町長 様

新温泉町子宮頸がん予防ワクチン任意接種費助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた人との続柄
	氏名	⑨	
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは予防接種を受けた人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	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	〒			
	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)	1回目	円	合計		
2回目		円				
3回目		円	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は、下記に名称・住所・TELを記載してください。						

承認 ・ 不承認 決定年月日： 年 月 日

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

申請者と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</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、新温泉町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、新温泉町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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
子宮頸がん予防ワクチン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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり助成要件に該当しなかった場合は、助成費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 実費を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類の原本（領収書、支払証明書等）
- 接種記録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の写し（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、追加の書類を求められます。