

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

白浜町長 様

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

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			

※申請することができるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

申請者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者		生年	年	月	日	
	氏名	と同じ		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						
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス（組換え沈降2価HPVワクチン） <input type="checkbox"/> ガーダシル（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			円
2回目			円					
3回目			円					
接種医療機関	名称							
	住所							
	電話番号							
※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								

<裏面もご記入ください>

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を依頼します。

振込先口座	銀行等	銀行（農協・金庫）						本店・支店	
		普通・当座・貯蓄・その他（ ）							
	口座番号								
	ゆうちょ銀行	記号				番号			
	口座名義人 (申請者と同一)								

**【誓約・同意事項】**

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、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
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記入）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( ) (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。	<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支給要件に該当しなかった場合は、支給済の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】**

- 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）等
  - 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）
  - 接種費用の支払を証明する書類（領収証、明細書、支払証明書等）※原本に限る。
  - 接種記録が確認できる書類（母子保健手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- ※申請者と被接種者が異なる場合、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。