

第1号様式（第5条関係）

鴨川市ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種費用助成申請書（請求書）

年 月 日

（宛て）

鴨川市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用の助成について、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	⑩	
	住所	〒	
	電話番号		

※申請ができる者は接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	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	□組換え沈降2価HPVワクチン				
		□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					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

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	金融機関名	本店・支店						
		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							

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、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 年 日	申請者氏名 <span style="float: right;">(印)</span>

【同意・確認事項】※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、鴨川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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、鴨川市において助成(償還払い)の決定をした後は助成金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。受けている場合、その接種回数と接種を受けた自治体名を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用について、他の市町村から助成(償還払い)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又は相違があり助成要件に該当しなかった場合には、助成(償還払い)をした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)等のいずれかひとつ
  - 振込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)
  - 助成対象任意予防接種に要した費用の支払を確認できる書類(領収書、明細書、支払証明書等)
  - 接種記録が確認できる書類(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場合、必要書類が不足している場合等に、追加書類の提出を求められることがあります。