

様式第1号（第4条関係）

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

芽室町長 あて

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	氏名		接種を受けた者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	住所	芽室町		
	電話番号			

※申請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。

被接種者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	ワクチンの種類	組換え沈降 <input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 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					

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫・組合	支店
	預金種別	普通	・ 当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

【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、芽室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、芽室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・_____
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い合わせを行いましたか。	<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には、支給済み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】

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。

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、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。

【芽室町確認欄】

身分証明書[申請時住所記載のマイナンバーカード・住民票・運転免許証・健康保険証]

通帳又はキャッシュカード（振込希望先金融機関の口座番号等確認用）