

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

大野市長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

<申請者情報> ※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。

フリガナ		接種を受けた者との続柄
氏名		
現住所	〒 -	
連絡先		

<被接種者情報>

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（サーバリックス）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
接種状況 (申請分のみ記載)	接種年月日		①接種に要した金額	②接種日における大野市の委託額 ※市で記載
	1回目	年 月 日	円	円
	2回目	年 月 日	円	円
	3回目	年 月 日	円	円
申請金額合計	①、②のいずれか低い額 ※市で記載		円（ 回接種分）	
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				

<振込先口座情報>

金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
	金融機関コード					支店コード		
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

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請内容を審査するために、市が住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）を確認すること、必要があるときは接種状況等について市が医療機関に確認を行うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
この申請書を、大野市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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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）
 - ※申請時住所記載の運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- ☐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。