

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請書

令和 4年 10月 1日

（あて先）東根市長

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	ヒガシネ サクラコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	東根 桜子		
	現住所	〒999-3700 東根市〇〇△丁目 〇〇アパート△号室		
	電話番号	日中連絡のとれる電話番号		

※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	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成9年4月2日	
	氏名				
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input checked="" 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	平成27年 5月 1日		
		2回目	平成27年 6月 1日		
		3回目	平成27年 11月 1日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	窓口負担額		基準額	支給額
		1回目	16,500円	円	円
		2回目	16,500円	円	円
		3回目	16,500円	円	円
接種医療機関	名称	〇〇医院			
	住所	東根市〇〇△丁目〇〇番△△号			
	TEL	0237-〇〇-△△△△			
※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					
3回目は、〇△医院 天童市〇〇△丁目〇〇番△△号 (023-〇〇〇-△△△)					

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	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協								本店	
	金融機関コード	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	支店番号	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	支店	
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 ・ 当座									支所
	口座番号	1234567									
	フリガナ	ヒガシネ ハナコ									
	口座名義人	東根 花子									
依頼人（申請者）氏名											

申請者氏名と異なる名義の口座に振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。	
令和 4年 10年 1日	
申請者氏名	東根 桜子

【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、東根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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、東根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。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ