

関市長 様

関市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費補助金交付申請書

関市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費補助金の交付を受けたいので、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 type="checkbox"/> 申請者 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | と同じ | | | | |
| | 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） | | | | |
| | 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 | 接種費用 | 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 | | | | | | |

【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、関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 |
| 本申請分のHPVワクチンに係る任意接種費用について他の自治体から費用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 |

【添付書類】

領収書及び明細書、支払証明書等、その他の補助対象経費を支払ったことが分かる書類の原本

補助対象者の組換え沈降2価HPVワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチンの接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証若しくは接種済みの記載がある予診票等の写し又は関市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費補助金交付申請用証明書（別記様式第2号）

その他市長が必要と認める書類

※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。