

鹿部町子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る償還払申請書

年 月 日

鹿部町長 様

子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用について、次のとおり助成を申請します。

申請者	フリガナ		任意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、任意接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

任意接種を受けた者	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日時点の住民登録地	<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			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
	任意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 (内訳の合計額。内訳は、申請分のみ記載)	円	内訳		
1回目			円		
2回目			円		
接種医療機関	名称				
	所在地				
	電話番号				
※ 複数の医療機関で接種した場合は、下記にその名称、所在地及び電話番号を記載					

《裏面に続きます》

【誓約・同意事項】 ※該当する項目にチェックを付けてください。

申請者の住民基本台帳（任意接種を受けた者と申請者とが異なる場合は、双方の記録事項）及び医療機関における情報について、鹿部町が必要と認めるときは調査をする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、接種回数及び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 (接種回数) _____ 回 (自治体名) _____
この申請分の子宮頸がん予防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
必要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
偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた場合、交付決定後に助成金の交付の要件に該当しないことが判明した場合は、支払済みの助成金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）
※運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等いずれか一つ
 - 接種費用の支払いを証明する書類の原本（医療機関の領収書及び明細書、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、医療機関の発行する接種済証等）の写し
(3の書類が提出できない場合)
 - 鹿部町子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用に係る償還払申請書用証明書（原本）
※接種を受けた医療機関に記入を依頼してください。
- このほか、必要に応じ、追加の書類の提出を求めることがあります。

【振込先口座】

金融機関名	銀行	本店 支店
	金庫	出張所
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、下記に記入をお願いします。

<p>※ 委 任 状</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--