

別 記

様式第 1 号（第 4 条関係）

守山市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

守山市長あて

申請者

住 所

氏 名

Ⓜ

接種を受けた者との続柄 （ ）

電話番号

守山市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり申請および請求します。

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			
			<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	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	名称				
住所						
電話番号						
複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

※申請できるのは接種を受けた本人またはその保護者に限ります。

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り込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
	預金種別	金融機関コード					支店 番号		
	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☑を入れて下さい。

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）および医療機関等における情報について、守山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
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欄にご記載ください。	<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助成要件に該当しなかった場合には、助成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】

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（両面）、申請時住所記載の住民票等いずれかひとつ

振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

接種費用の支払いを証明する書類（領収書および明細書、証明書等）または別紙申出書  
※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。