

紀宝町子宮頸がん予防ワクチン任意接種費補助金申請書兼請求書

年 月 日

紀宝町長 様

申請者〔住所〕紀宝町

〔氏名〕 印

〔被接種者との続柄〕 ()

被 接 種 者	フリガナ		☐ 申請者 と同じ		生年 月日	年 月 日
	氏 名					
	現 住 所		☐ 申請者 と同じ	〒		
	令和4年4月1日 時点の住所		☐ 現住所 と同じ	〒		
	ワクチン の 種 類		☐ 組換え沈降2価HPVワクチン ☐ 組換え沈降4価HPVワクチン ☐ 組換え沈降9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						
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						

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	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 年 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、紀宝町が必要と認めるときは調査を行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）※申請時住所記載の住民票、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。