

見本

様式第1号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払い申請書兼請求書

袋井市長

空欄のまま

お持ちください。

年 月 日

袋井市子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払いに関する要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、市長が袋井市子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払いに関する要綱第6条の規定により償還払いの支給を決定したときは、次のとおり償還額を請求します。

| | | | |
|-----|------|-----------------|----------|
| 申請者 | フリガナ | | 被接種者との続柄 |
| | 氏名 | | |
| | 現住所 | ※申請日現在住民登録のある住所 | |
| | 電話番号 | | |

(注) 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"/> 申請者と同じ | 生年 | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 月日 | | | |
| | 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 | ※ 令和4年4月1日現在袋井市に住民登録がある人のみ | | | |
| | ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 組換えワクチン2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 組換えワクチン4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 組換えワクチン9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン | | | | |
| | 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 | | | | 日 |
| | 申請金額(申請分のみ記載) | 1回目 | | 円 | 合計 | |
| | | 2回目 | | | | |
| | | 3回目 | | | | 円 |
| 接種医療機関 | 名称 | | | | | |
| | 住 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| (注) 複数の医療機関で接種した場合は、次に名称、住所及び電話番号を記載してください。 | | | | | | |

私が受領する任意接種費用について、次の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 | 銀行 金庫 農協 | | | | 本店 支店 支所 | | | | |
| | 金融機関コード | | | | | 支店番号 | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |

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には、次に記載してください。

| | |
|------------------------------------|-------|
| 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 |

(同意事項) 該当する項目に☑を入れてください。

| | |
|--|-----------------------------|
| この申請に係る医療機関等における情報について、袋井市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。 | <input type="checkbox"/> はい |
| 本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はありません。 | <input type="checkbox"/> はい |
| 申請内容に偽りがあった場合又は相違があり助成要件に該当しなかった場合には、助成済みの費用を返還することに同意します。 | <input type="checkbox"/> はい |

(確認事項) 該当の方のみ記入してください。

| | |
|---|-----------------------------|
| (キャッチアップ接種を受けた方について) 接種回数と接種を受けた自治体名を右記に記載してください。 | 回 () |
| (提出に必要な書類を紛失した方について) 接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせましたか。 | <input type="checkbox"/> はい |

(提出書類)

- 被接種者の氏名、住所及び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)
(注) 申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証 (両面) 等いずれかひとつ
 - 振込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、明細書、支払証明書等) の原本
 - 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)
- (注) 申請者と被接種者が異なる場合ほか必要書類が不足している等の場合は、追加の書類を求めることがあります。