

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

たつの市長 様

申請者	ふりがな		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号	()		

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※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	ふりがな	<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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（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（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						

私が接種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								本店
		信用金庫								支店
	農協								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										
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。

<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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

【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、たつの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御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
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

【提出書類】

- 組換え沈降2価HPVワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチンの任意接種を受け、実費を支払った事実を証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）
※ 添付できない場合は、省略することができます。
- 接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し又はヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書（様式第2号）

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

たつの市長 様

（被接種者情報）

住 所：

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記の者が、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（サーバリックス）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ガーダシル）			
予防接種を受けた年月日	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
		年 月 日		0.5ml

実 施 場 所：

医 療 機 関 コ ー ド：

医 師 名：

医師署名又は記名押印

