様式第１号（第４条関係）

日高市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

年　 月　 日

（あて先）日高市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 接種を受けた 者との続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 現 住 所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（サーバリックス） | | | | |
| * 組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） | | | | |
| 接 種 の  年 月 日 | １ 回 目 | 年　　　月　　　日 | | | |
| ２ 回 目 | 年　　　月　　　日 | | | |
| ３ 回 目 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 償還払い  申　請　額 | １ 回 目 | 円 | | 合計 | |
| ２ 回 目 | 円 | |  | |
| ３ 回 目 | 円 | | 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は、この欄に当該医療機関の名称、住所及び電話番号を記入してください。 | | | | | |

私が受領する償還払いについて、下記指定口座への振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　農協 | | | | | | | | |
| 預貯金種別 | □ 普通　□ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

【同意・確認・誓約事項】※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、市長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  都道府県名・市区町村名  　　回　　　　　　・ |
| 本申請分の償還払いに係るヒトパピローマウイルス感染症の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 |
| 接種や費用助成の有無について、これまでにお住まいの自治体に確認することがあることに同意しますか。 | □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合せを行いましたか。 | □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を誓約します。 | □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（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限る。

□接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）

※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。