

記入例

様式第1号（第3条関係）

令和 ○年 ○月 ○日

吉岡町長 様

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

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	ヨシオカ ヨシエ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	吉岡 吉江		
	現住所	〒 370-3602 吉岡町 大久保 ○○○○		
	電話番号	〈日中つながりやすい番号を記載してください〉		

※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	ヨシオカ ヨシコ	生年月日	平成16年4月2日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	吉岡 吉子		
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 吉岡町		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input checked="" 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		
		2回目	年		
		3回目	年		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目		合計	
		2回目			
<input type="checkbox"/> 領収書提出なし	3回目			円	
接種医療機関	名称		領収書が添付できない場合は、こちらにチェックを入れて金額は記入しないでください。		
	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					

記入例

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	0 0 0 0	支店番号	0 0 0	
	口座番号	0000000				
	フリガナ	ヨシオカ ヨシエ				
	口座名義人	吉岡 吉江				
依頼人（申請者）氏名						

申請者以外の場合は委任状の記入が必要です。

※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は、上記欄に記入をお願いします。
必ず申請者本人が自署してください。

※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 月 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、吉岡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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、吉岡町において支給を決定した後は任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input checked="" 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。はいの場合は、接種回数及び接種を受けた自治体名を右記にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合は、接種医療機関に再発行等の否について問い合わせを行いましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

☆要確認

【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）

※申請時住所記載の住民票、マイナンバーカード、運転免許証等のうちいずれかひとつ

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、支払い証明書等）※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は、追加の書類を求めることがあります。