

令和4年4月1日時点で東海市に住民登録がない方は、本様式を使用することができません。

令和5年度東海市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の
任意接種者に対する交付金の交付申請書兼請求書

令和 ~~年~~ 月 日

(宛先) 東 海 市 長

住 所 愛知県東海市●●町○丁目●番地

申請者は、被接種者本人又は保護者

申請者

氏 名 とうかい はなこ

ふりがなもご記入ください

(18歳未満の方は保護者に限る)

東 海 花 子

接種を受けた者との続柄 本人

電話番号 052-●●●-●●●

※申請できるのは接種を受けた成人した本人、又は未成年者の保護者に限ります。

次の予防接種費用の交付を受けたいので、令和5年度東海市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の任意接種者に対する交付金の交付に関する要綱第6条の規定に基づき、申請します。

ふりがな 被接種者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ		
被接種者生年月日	平成 ●年 ●月 ●日 (●歳 ●か月)		
被接種者現住所	<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	〒 東海市	
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス®) <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル®)		
予防接種を受けた年月 日 (申請分のみを記 載)	1回目	令和 3年 6月 1日	
	2回目	令和 3年 8月 3日	
	3回目	令和 3年 12月 9日	
申請金額 (申請分のみ を記載)	1回目	円	合計
	2回目	円	
	3回目	円	円
接種医療機関	住所 <u>愛知県東海市●●町●●番地</u>		
	医療機関名 <u>東海●●病院</u>		
	電話番号 <u>052-●●-●●</u>		
※複数の医療機関で接種した場合、以下に住所・医療機関名・電話番号を記載			

金額は記入しないこと

申請額	金 円		交付決定額	金 円	
	※申請額は、接種にかかった費用又は市の規定する限度額のどちらか低い方の金額です。※交付決定額は、記入しないでください。				
補助金の振込先※	金融機関コードNo	銀行 金庫 組合	1 普通 2 当座	口座番号	
					フリガナ
	支店コードNo	支店 本店 出張所		名義人	申請者（被接種者が未成年者の場合は保護者）と名義人は同じ

※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 月 日

申請者氏名 東海 花子

申請者と名義人が異なる場合は委任状への記載が必要

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑をいれてください。

(1)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、東海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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2)この申請書を、東海市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3)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御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 回・
(4)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
(5)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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(6)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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(マイナンバーカード・住民票・運転免許証の写し等) ※(1)が「はい」の場合は、氏名・住所・生年月日が確認できる書類は省略できます。
 - 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
 - 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。