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費用償還払い申請書

年　　月　　日

菰野町長　宛て

標題について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>住　所</td><td colspan="3">菰野町</td></tr>
<tr><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏　名</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">被接種者</td><td>住　所</td><td colspan="3">□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏　名</td><td colspan="3">□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>年齢</td><td>歳　　か月</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>令和４年４月１日時点の住所</td><td colspan="3">□現住所地と同じ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ワクチンの種類</td><td colspan="4">※該当する予防接種に「レ」で記しをしてください。</td></tr>
<tr><td colspan="4">□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="4">□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td rowspan="3">予防接種を受けた年月日</td><td>１回目</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>２回目</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>３回目</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請金額
（申請分のみ記載）</td><td>１回目</td><td>円</td><td colspan="2" rowspan="3">合計
円</td></tr>
<tr><td>２回目</td><td>円</td></tr>
<tr><td>３回目</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種医療機関名</td><td>医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">（複数の医療機関で接種を受けた場合、下記に医療機関情報を記載　）</td></tr>
</table>

（裏面記載）

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を依頼します。

<table>
<tr><td rowspan="6">振込先口座</td><td rowspan="2">金融機関名</td><td colspan="10">銀行
信用金庫
農協
本店
支店
支所</td></tr>
<tr><td>金融機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>支店番号</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="10">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="12">依頼人（申請者）氏名</td></tr>
</table>

【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、菰野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。	□はい　□いいえ
この申請書を、菰野町において交付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。	□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 ＿＿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。	□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い合わせを行いましたか。	□はい　□いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	□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コピー（口座番号確認用）

□接種費用の支払を証明する書類（領収書及び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）

※申請者と被接種者が異なる、必要な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。