

様式第1号（第4条関係）

羽生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

(宛先)

羽生市長

償還払いを受けたいので、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			

※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	生年	年 月 日	
	氏名	と同じ	月 日		
	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HPVワクチン			
		<input 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	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				
	所在地				
	電話番号				
※複数の医療機関で接種した場合は、その医療機関の名称、所在地及び電話番号を記入してください。					

私が受領する任意接種費用について、次の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	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込みを希望される場合は、記入してください。

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

【確認事項】 ※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、調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
支給決定をした後は、この申請書を任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。	<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。はいの場合は、接種回数及び接種を受けた自治体名を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> いいえ
申請の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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 被接種者（申請者と被接種者が異なる場合は、双方）の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類（申請時における住所が記載された住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等）の写し
 - 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
 - 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）の原本
 - 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳等）の写し
- ※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は、追加の書類を求めることがあります。