

様式第1号（第4条関係）

三条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申請書兼請求書

令和 年 月 日

（宛先）三条市教育委員会

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"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	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			
住所					
TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

裏面あり

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。

金融機関名					支店名	本店・( )支店			
金融機関コード					支店コード				
預金種別	普通・当座	口座番号							
ゆうちょ銀行	記号				番号				
	1			0					
フリガナ									
口座名義									

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。

<p><b>※委任状</b></p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

【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、三条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 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、接種回数及び接種を受けた自治体名をご記載ください。	<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

【提出書類】

- 接種費用の支払を証明する書類の原本（領収書、明細書、支払証明書等）
  - 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）
- ※支給決定に必要な場合において、追加の書類を求めることがあります。