

伊那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兼請求書

令和 年 月 日

（あて先） 伊那市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、申請の審査に当たって、所管職員が住民基本台帳情報、税務情報等必要な情報を確認することに同意します。

申請者	フリガナ		接種を受けた方との続柄
	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。

接種を受けた方	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 年	
	氏名			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	平成・令和	年	月 日
		2回目	平成・令和	年	月 日
		3回目	平成・令和	年	月 日
	申請金額（接種に要した費用のうち申請分のみ）	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、この欄に名称・住所・TELを記載してください。					

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。

振込先口座	金融機関名	
	本・支店名	
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

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>委任状</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(申請者と接種を受けた方が異なる場合は、双方の登録事項)、医療機関等における情報について、伊那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"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
『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を記載してください。 (キャッチアップ接種：積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対し、従来の定期接種の対象年齢を越えて令和4年度～6年度に実施する接種)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 接種回数： _____ 回 自治体名： _____
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
(提出に必要な書類を紛失している場合のみ) 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に誤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 type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

《提出書類》

- 接種を受けた方の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し(申請者と接種を受けた方が異なる場合は、双方のもの(運転免許証、健康保険証、住民票などのいずれかひとつ))
- 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
- 接種費用の支払いを証明する書類の原本(領収書及び明細書、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、提出できない場合は様式第2号)

※申請者と接種を受けた方が異なる、必要書類が不足しているなどの場合に、追加の書類をお願いすることがあります。