

様式第1号(第4条関係)

弥富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

令和 年 月 日

(宛名)弥富市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		接種者との続柄
	氏名		
	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。

※振込先は、申請者名義となります。

被接種者	ふりがな			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	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 <small>申請分のみ記載</small>	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降2価ワクチン(サーバリックス)		
		<input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価ワクチン(ガーダシル)		
		<input type="checkbox"/> 組み換え沈降9価ワクチン(シルガード)		
	予防接種を受 けた年月日 <small>申請分のみ記載</small>	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	1回目	円	合計金額 円	
	2回目	円		
	3回目	円		
接種医療機関	名称	Tel		
	住所			
※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				
	名称	住所	Tel	

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	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			
申請者氏名				

【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及び医療機関等における情報について弥富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
この申請書を弥富市において支給決定した後は、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。	<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、接種回数と接種を受けた自治体名を右記に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ _____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、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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【償還払いの申請に必要な書類】

○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) ※原本に限ります

○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、予診票の写し等)