

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用償還払い申請書

令和 ●年 ●月 ●日

中泊町長 殿

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	フリガナ	ナカドマリ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	中泊 花子 ⑩		
	現住所	〒000-0000 中泊町大字●●字●●●●番地●●		
	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 checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日	H●年 ●月 ●日		
	氏名					
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降9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	R●年 ●月 ●日			
		2回目	年 月			
		3回目	年 月			
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	26,797円		合計	26,797円	
	2回目	円				
	3回目	円				
接種医療機関	名称	●●クリニック				
	住所	東京都●●区●●				
	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						

※上限 26,797 円  
接種費 25,000 円⇒25,000 円と記載  
接種費 27,000 円⇒26,797 円と記載

私が受領する予防接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。 記載例（裏）

振込先口座	金融機関名	<span style="color: red;">■■■</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 本店 <span style="color: red;">■■■</span> 信用金庫 <span style="color: red;">■■■</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span> <span style="color: red;">■■■</span> 農協 支所
	金融機関コード	<span style="color: red;">■</span> <span style="color: red;">■</span> <span style="color: red;">■</span> <span style="color: red;">■</span> 支店番号 <span style="color: red;">■</span> <span style="color: red;">■</span> <span style="color: red;">■</span>
	預金種別	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> ・ 当座
	口座番号	<span style="color: red;">■■■■■■■■</span>
	フリガナ	<span style="color: red;">ナカドマリ ハナコ</span>
	口座名義人	<span style="color: red;">中泊 花子</span>
依頼人（申請者）氏名 <span style="color: red;">中泊 花子</span>		

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。

<b>※委任状</b> 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。 令和 年 年 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請者氏名</div>
--

**【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、中泊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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、中泊町において支給決定をした後は予防接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
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名を右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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予防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 checked="" 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 checked="" 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には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

県外接種の償還払いの場合、「はい」

**【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（口座番号等確認用）
- 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）※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」欄の写し等）

※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、追加の書類を求めることがあります。