

**記入例**

令和 ○年 △月 □日

敦賀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

敦賀市長 あて

記入に誤りがないようにお願いします。  
 記入内容に誤りがある場合、訂正印等による修正は不可となりますので、御注意ください。

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	ツルガ ハナコ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	敦賀 花子		
	現住所	〒 914-●●●● 敦賀市○○町○-△		
	電話番号	0770-●●-○○○○	連絡がとれる電話番号を御記入ください。	

※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	ツルガ ウミコ	生年月日	H○○年○月○日	
	氏名		敦賀 海子			
	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 (サーバリックス) <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル)				
	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	令和3年2月1日			
		3回目	令和3年6月1日			
	申請金額 (申請分のみ記載)		接種に要した費用	申請金額	申請合計金額	
		1回目	円	円	合計	
	2回目	18,000円	16,071円	32,142		
	3回目	18,000円	16,071円			
交付決定額	※記入不要					
	こちらは記入しないでください。					
接種医療機関	名称	○○クリニック				
	住所	敦賀市○○町△△-△				
	TEL	0770-○○-○○○○				
※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						
接種に要した費用と上限額一覧の接種日の属する年度の上限額のいずれか低い額を記入してください。領収書がない場合は、記入しないでください。 予防接種費用として支払った金額のみ記入。領収書がない場合は、記入しないでください。						

※裏面もご記入ください。

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	〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協	■■本店・支店・本所 支所・出張所						
	金融機関コード	〇	〇	〇	〇	支店番号	〇	〇	〇
	預金種別	普通		当座					
	口座番号	1234567							
	フリガナ	ツルガ タロウ							
口座名義人	敦賀 太郎								

※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。

※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。	
令和 〇年 〇月 〇日	
委任者（申請者）氏名	敦賀 花子
受任者氏名	敦賀 太郎
住所	敦賀市〇〇町〇—〇〇

【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、敦賀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 checked="" 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 〔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 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交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還していただきます。

令和4年4月1日以降の公費負担による接種です。

【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。