

様式第1号（第3条関係）

鯖江市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鯖江市長 殿

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、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）および医療機関等における情報について、鯖江市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

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またはその保護者に限ります。

令和4年4月1日時点で、鯖江市に住民登録がありますか はい いいえ

接種を受けた者	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"/> 申請者と同じ	〒916- 鯖江市		
	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 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・医療機関（申請分のみ記載）	1回目	年 月 日	医療機関名：	
		2回目	年 月 日	医療機関名：	
		3回目	年 月 日	医療機関名：	
	申請（請求）金額（申請分のみ記載）		接種に要した費用	申請（請求）合計金額	交付決定額（記入不要）
1回目		円	円		
2回目		円	円		
3回目		円	円		
合計		円	円		円

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下記の委任状の記入をお願いします。

※委任状※
私は、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。
年 月 日 _____
申請者氏名 _____

【確認・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

令和4年4月1日以降に、HPVワクチンの接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
「はい」の場合、何回目をどこの自治体で受けたかを右記にご記載ください。	1回目 2回目 3回目 接種を受けた自治体：
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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
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しましたか。	<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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【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）等いずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳また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の原本（領収書、明細書、支払い証明書等）
- 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）

※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。

