

決 裁	課 長	係 長	係

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

鹿沼市長 宛

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 氏 名	生年月日 年 月 日		被接種者 との続柄
	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。

被接種者 (接種を受けた人)	フリガナ 氏 名	(申請者と異なる場合記入)		生年 月 日	(申請者と異なる場合記入) 年 月 日	
	現 住 所	(申請者と異なる場合記入) 〒				
	令和4年4月1日 時点の住所					
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 2価 HPV ワクチン(サーバリックス)		<input type="checkbox"/> 4価 HPV ワクチン(ガーダシル)		接種証明書・接種 済証の発行費用
	接種年月日	1 回 目	2 回 目	3 回 目		
	申請金額 (申請分のみ記載)	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		① 円	② 円	③ 円	④ 円	
合計申請金額 (申請分のみ記載)	円 (①+②+③+④の金額)					
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、下記に名称・住所・TEL を記載						

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		フリガナ 口座名義人	
	支店名			
	預金種別	普通・当座	口座番号	

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、裏面の「委任状」の記入をお願いします。  
裏面へ続く→

※市使用欄

確 認 欄	1 <input type="checkbox"/> 接種年齢	上記申請について次のとおり支給決定する 支給金額 円 令和 年 月 日
	2 <input type="checkbox"/> 予防接種済	
	3 <input type="checkbox"/> 支払い金額 円	
	4 <input type="checkbox"/> 申請書等確認済	
	取扱者 <input type="checkbox"/>	決裁責任者 <input type="checkbox"/>

【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、鹿沼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
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下記にご記載ください。  ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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

【添付書類】

- 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、接種済証等）、又は「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用証明書（様式第2号）」
- 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。
- （接種証明書の発行費用が発生した場合）接種証明書発行にかかる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。
- 振込先の口座がわかるものの写し（通帳の写しなど）

※委任状

（振込先口座の名義人が申請者と異なる場合は、こちらに記入をお願いします。）

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 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_