

様式第1号（第4条関係）

篠栗町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

(あて先)  
篠栗町長

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 住所

ふりがな  
氏名

対象者との続柄（ ） TEL

※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。

ふりがな 対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
対象者現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
令和4年4月1日 時点の対象者住所	<input 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	
予防接種を 受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	2回目	3回目	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	2回目	3回目	
	円	円	円	
	合計		円	
接種医療機関 (複数の医療機関で接種 した場合、下段にも記載)	住所 名称	TEL		
	住所 名称	TEL		

交付決定後の決定額について下記口座への振込を希望します。

振 込 先	金融機関名	銀行 農協				本店 支店				
		信用金庫				支所 出張所				
	預金種別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

※振込先口座は申請者名義であること。

裏面も記入してください

**【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、篠栗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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、篠栗町において交付決定をした後は任意接種費用の請求書として取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】接種回数と接種を受けた自治体名を右に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input 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

**【提出書類】** ※必要書類が不足している等の場合、追加の書類を求めることがあります。

- 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）の原本
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等）の写し
- 申請者名義の振込先金融機関の口座番号等が確認できるもの
- 対象者及び申請者の住所・氏名・生年月日の確認ができるもの（保険証・免許証等）