

様式第1号（第4条関係）

太良町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

年 月 日

太良町長 様

太良町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要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請し、交付決定額をもって請求します。

| | | | | |
|-----|------|---|-------------|--|
| 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 | | 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"/> 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及び申請額 | 接種回数 | 接種年月日 | 実費相当額(A) | 上限額(B) ※町記入欄 | 申請額(AとBのうち少ない額) |
| | | 1回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | | 2回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | | 3回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 計 | | 円 | 円 | 円 | |
| 接種医療機関 | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・所在地・電話番号を記載 | | | | | 町 受付印 | |
| | | | | | | |

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 | 銀行・金庫 組合・農協 | | 本店・支店 本所・支所 |
| | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ 口座名義 | | | |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入をお願いします。

| | |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ※委任状 | |
| 私は、上記口座名義人に予防接種費助成金（ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用）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 印 |

【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)及び医療機関における情報について、太良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、太良町において支給決定をした後は、予防接種費助成金の請求書として取り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記にご記載ください。 | <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予防接種費助成金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】

- 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)
- 接種費用の支払を証明する書類の原本(領収書及び明細書、支払証明書等)
- 接種回数を確認できる書類(母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し又は接種済み証明書等)

※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。