

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(申請先) 鎌ヶ谷市長
次のとおり関係書類を添えて申請します。

※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。

申請者	フリガナ		接種を受けた方との続柄	
	氏名			
	現住所		(日中に連絡できる)電話番号	

接種を受けた方	フリガナ		生年月日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	平成	年 月 日	
	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			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価(シルガード9)			
	予防接種を受けた年月日(申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	接種費用(申請分のみ記載)	円
		2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日	円		
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
※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					

振込先	銀行 信金 その他	本店 支店 出張所	口座名義人	口座種別	普通 ・ 当座				
			フリガナ	(いずれかに○)	口座番号				
			(左詰め)						

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。 年 月 日 申請者氏名
-----	---

【誓約・同意事項】

- 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鎌ヶ谷市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- この申請書を、鎌ヶ谷市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。
- 償還払いを受けようとする接種回数についてキャッチアップ接種を受けていません。
- 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せん。
- 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することに同意します。

【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)

以下の欄は記入しないでください。(鎌ヶ谷市処理)

交付決定額	円	交付決定日	年 月 日
-------	---	-------	-------

*消えるボールペン、修正液は使用しないでください