

様式第1号（第4条関係）

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（請求）書

年 月 日

古河市長 宛て

古河市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の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、古河市が私の指定する口座に振り込んだときは、償還払いを受けたものと認めます。

申請 (請求) 者	フリガナ		接種を受けた者 との続柄
	氏名	(自署又は記名押印)	
	現住所	〒	
	令和4年4月1日時点の住所	〒	
	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（請求）者と同じ	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請（請求）者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請（請求）者と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（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）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（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		
		2回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
		2回目	円		
		3回目	円		
接種	名称				
医療	住所				
機関	電話番号				
※複数の医療機関で接種した場合、名称・住所・電話番号を記入してください。					

私が受領する任意接種費用について、次の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							本店
		信用金庫							支店
	農協							支所	
	金融機関コード					支店番号			
	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、下欄に記入してください。

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
申請者氏名	

【同意事項】

(1) 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、古河市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
(2) この申請書を、古河市において支給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。
(3) 申請内容に偽り又は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。

【確認事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

(1) 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記入してください。	☐はい ☐いいえ 回・
(2) 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。	☐はい ☐いいえ
(3) 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合せを行いましたか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- 被接種者の氏名、住所及び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）等のいずれかひとつ
 - 振込希望先口座の金融機関名、口座番号及び口座名義人（カナ）の分かる通帳又はキャッシュカードの写し
 - 接種費用の支払を証明する書類（領収書、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）
- ※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。