様式第1号（第4条関係）

度会町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金交付申請書兼請求書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）度会町長

申請者　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　度会町

氏名

電話

度会町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容について、度会町が保有する個人情報を閲覧し、及び調査することならびに医療機関等に

問い合わせることについて同意します。※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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 申請額 | 　　円 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 | □申請者と同じ |  | 生年月日 | 年 　月 　日 |
|  |
| 現住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 令和4年4月1日時点の住所 | □現住所と同じ | 〒 |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン　　□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン□組換え沈降９価ＨＰＶワクチン　　(※当てはまるものに☑をする。) |
| 予防接種を受けた年月日（請求分のみ記載） | 1回目 | 年　　月　　日 | 請求金額 | 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 |  |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載 |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 銀行信用金庫農協 | 本店支店出張所 | 普通当座その他 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | □はい　□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。 | □はい　□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の可否について問い合わせを行いましたか。 | □はい　□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。 | □はい　□いいえ |

【添付書類】

□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

□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、申請用証明書（様式第2号）等）

□その他市長が必要と認める書類（　　　　　　　　　　　　　）