

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

印

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見直し、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			
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年 月日	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"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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		フリガナ

【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。	<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】

- 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（ ）