

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助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		被接種者との 続柄
	氏名	印	
	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	ふりがな	<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 (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		
	接種医療機関	名称			
住所					
TEL					
※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					

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組 労金	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
	口座番号		
	口座名義	フリガナ	

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 年 日	
申請者氏名	印

【同意事項】 ※次の事項を確認し、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）及び医療機関等における情報について、大野城市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
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、受領済みの助成金を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/>

【質問事項】 ※該当する項目にを入れてください。

キャッチアップ接種 ^{*1} （令和4年4月以降接種分）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等の可否について問合せをしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※1 接種の機会を逃した方が、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行うこと。

【提出書類】

申請者の本人確認書類の写し（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

助成金の振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

接種費用の支払の事実、その額及び接種回数を証する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

※原本に限ります。添付がない場合は、市の基準単価に基づき助成金の額を算出します。

接種記録が確認できる書類の写し（予防接種済証等）

※必要書類が不足している等の場合は、追加の書類を求めることがあります。