

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書兼請求書

佐伯市長 様

年 月 日

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

申請・請求者	現住所	〒 (電話番号)		
	フリガナ			
	氏名	◎	被接種者との続柄	

※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日時点の住民票の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	佐伯市				
	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					
	接種年月日 (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	2回目	円	3回目	円
		合計					円
	接種医療機関	名称				電話番号	
住所							
※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	金融機関名		支店名	支店
	口座番号		種別	普通・当座・()
	フリガナ			
	名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

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・請求者氏名

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑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、佐伯市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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等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

