

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）白山市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請書

助成金の支給を受けたいので、白山市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成事業実施要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名	⑩	
	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	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日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
		<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接種費用 (支払った金額)	②助成上限額	申請金額 (①と②のいずれか低い額)
	1回目	年 月 日	円	16,590円	円
	2回目	年 月 日	円	16,590円	円
	3回目	年 月 日	円	16,590円	円
合計金額				円	
接種医療機関	名称				
	住所				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所を記載					

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 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								

※申請者と異なる名義の口座への振込を希望される場合、下欄にご記入ください。

<b>※委任状</b>	
私は、上記口座名義人に接種費の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者氏名	

【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、白山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
この申請書を、白山市において支給決定した後は任意接種費の請求書として取り扱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ご記入ください。）	<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

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・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）
  - 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
  - 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）
  - 接種記録が確認できる書類の写し（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等の場合は、追加の書類を求めることがあります。
- ※接種費用の支払いを証明する書類を提出できない場合は、支給決定額が申請金額より低くなる場合があります。