

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

年 月 日

明和町長あて

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	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	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"/> 現住所と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組み替え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組み替え沈降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					

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関	銀行						本店
		信用金庫						支店
	農協						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								

【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)

※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

振込希望先金融機関のわかるもの(口座番号等確認用)

接種費用の支払いを証明できる書類(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(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、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。