

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

（あて先）松江市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

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 (日中つながりやすい番号)			

※申請者が自署する場合は押印不要です。自署でない場合は押印してください。

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者（被接種者が18歳以上の場合は本人）に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者	-----	生年月日	年 月 日	
	氏名	と同じ				
	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（サーバリックス®）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル®）				
	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接種に要した費用 ※領収書なしの場合は不明に○	基準額	④申請額 【領収書あり】①②のうち低い額 【領収書なし】③の額	
1回目		円・不明	【領収書あり】	円		
2回目		円・不明	②上限 16,918 円	円		
3回目		円・不明	【領収書なし】 ③一律 13,200 円	円		
		合計額 (④の計)	円			
接種医療機関	名称					
	所在地					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・所在地・TELを記載						

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	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 労働金庫						本店 支店 支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座						
	口座番号							左詰めで記入
	フリガナ							
	口座名義人							
口座名義人住所 (数字を○で囲む)	1. 依頼人(申請者)と同じ住所 2. 別の住所 右に記入してください→							
依頼人(申請者)氏名								

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私(申請者)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	申請者氏名 ㊟
自署の場合は押印不要	

【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、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
今回償還払いを受けようとする回数分について、HPV ワクチンを定期接種（キャッチアップ接種含む。）として公費で受けていませんか。	☐はい ☐いいえ
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ていませんか。	☐はい ☐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。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

☐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）※原本に限ります。

☐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、予防接種済証又は接種済の記載がある予診票の写し等。これらが提出できない時は（様式第2号）償還払い申請用証明書

☐振込先希望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）

※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、追加の書類を求めることがあります。

※支払証明、接種証明等を医療機関で再発行する際に必要となった文書料等は、本助成の対象にはなりません。