

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費用助成金
支給申請書（請求書）

年 月 日

日置市長 様

申請（請求）者 住所
氏名 ⑩
被接種者との続柄（ ）
電話番号

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を受けたので、次のとおり助成金を支給くださるよう、関係書類を添えて申請（請求）します。

被接種者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	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	〒			
ワクチン接種	接種回数	ワクチンの種類	接種年月日	申請金額		
	1回目	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価 <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価	年 月 日	円		
	2回目	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価 <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価	年 月 日	円		
	3回目	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価 <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価	年 月 日	円		
※申請のみ記載	合計			円		
	接種医療機関	所在地				
		名称				
		電話番号				
※複数の医療機関で接種した場合、以下に名称等を記載						

振込先

金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 漁協・信漁連 その他（ ）	本店・支店 本所・支所 出張所・本店営業部 その他（ ） <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>
預金種別	普通・当座 その他（ ）	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みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

私は、上記口座名義人に助成金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、日置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、日置市において支給決定をした後は助成金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右欄に御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい 回・ <input type="checkbox"/> 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又は相違があり支給要件に該当しなかった場合は、支給済の助成金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】

- 申請者及び被接種者の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し
- 接種費用を支払ったことを証明できる書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
- 接種記録を確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- 振込先を確認できる通帳、キャッシュカード等の写し