

様式第1号（第4条関係）

鴻巣市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交付申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

鴻巣市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			
	住所	〒		
	電話番号			

※申請することができるのは、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"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン （組換え沈降2価HPVワクチン）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン （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					
電話番号					
※複数の医療機関で接種した場合、上記以外の医療機関の名称、住所及び電話番号を記載してください。					

振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

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、委任状に署名をお願いします。

<p>委任状</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>

【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市区町村名を記入してください。	<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の費用について、他の市区町村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、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

【提出書類】

- 被接種者の氏名、住所及び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）等いずれか1つ
 - 実費及び接種回数を証する書類の原本（領収書、明細書、支払証明書等）
 - 接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は予診票等の写し
 - 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- ※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。