

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

令和 年 月 日

（あて先）広島市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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			

※被接種者が未成年(18歳未満)の場合は保護者、成人(18歳以上)の場合は本人が申請者となります。

被接種者	フリガナ		申請者 <input type="checkbox"/> 同じ	生年月日	H 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)	※△回目とは全3回のうち、申請分がご自身にとって何回目の接種であるかを指します				
		1回目	H・R	年	月	日
		2回目	H・R	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			回数		回目	
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TEL・何回目の接種であるかを記載						

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	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		

※申請者と同一名義の口座としてください。

【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、広島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、広島市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取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、接種日及び接種を受けた自治体名をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2回目 自治体名 R / / ・ _____ 3回目 自治体名 R / / ・ _____
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
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。	<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)※申請時住所記載の住民票、運転免許証(転居等ある場合は両面)、健康保険証(両面)などいずれかひとつ
  - 振込先金融機関の通帳等の写し(上記振込先口座の項目が確認できるもの)
  - 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)
  - 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。
- ※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。

受付印

係	係長	課長
/	/	/