

鶴岡市長様

子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）に係る任意接種償還払申請書

《 申請者 》 住 所 _____

氏 名 _____

電 話(日中連絡先) _____ 被接種者との続柄 _____

鶴岡市子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症)に係る任意接種償還払実施要綱第3条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

被接種者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生年 月日	平成 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	〒		
	接種医療機関	名称			
住所					
電話番号					

【申請内訳】

※太枠は担当課で記入

予防接種名 ※ワクチンの種類に〇を記入	接種年月日	接種料金 (A)	助成限度額 (B)	申請額 ※(A)と(B)のうち少ない額
HPVワクチン (2価・4価) 1回目	平・令 年 月 日	円	円	円
HPVワクチン (2価・4価) 2回目	平・令 年 月 日	円	円	円
HPVワクチン (2価・4価) 3回目	平・令 年 月 日	円	円	円
			申請額合計	円

【振込先】

金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 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								
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。

<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、鶴岡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、鶴岡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、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	<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い合わせを行いましたか。	<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】

- 接種の記録が確認できる書類(母子健康手帳・済証等)の写し
または、様式第2号子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症)に係る任意接種償還払申請用証明書
- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類(申請時住所記載の運転免許証、健康保険証等)
※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの
- 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)の原本
- 振込希望先金融機関の預貯金通帳又はキャッシュカードのコピー(口座番号等確認用)

※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。