

子宮頸がん予防接種に係る任意接種償還払い申請兼請求書

令和 年 月 日

喜多方市長 様

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	フリガナ氏名	印	接種を受けた者との続柄
	現住所 電話番号	〒	電話番号

※申請できるのは接種を受けた本人（18歳未満は保護者でも可能）です。

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回目	円	合計 円 <input type="checkbox"/> 接種費用の証明書類なし ※1回あたり 16,500円	
		2回目	円		
3回目		円			
接種医療機関	名称				
	住所				
	TEL				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

私を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
		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			

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、下欄に自署をお願いします。

※委任状	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。
令和 年 年 日	申請者氏名

【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、喜多方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、喜多方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_____
本申請分の子宮頸がん予防接種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】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの
- 振込希望先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）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、または様式等2号等）※原本に限る
※証明できる書類がない場合は、市が定めた金額1回あたり16,500円を申請額とする
- 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）
※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。