第１号様式（第４条関係）

富津市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兼請求書

　　　年　　月　　日

　　（あて先）富津市長　　　　　　　　　様

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 | 　フッツ　ハナコ | 接種を受けた者との続柄 | 母 |
| 氏名 | 　富津　花子 |
| 現住所 | 〒　293-8506　　　富津市下飯野2443 |
| 電話番号 | 　0139-80-1268 |

※申請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 | □申請者と同じ | フッツ　ツツジ | 生年月日 | 平成16年5月1日 |
| 氏名 | 富津　つつじ |
| 現住所 | □申請者と同じ | 〒　293-8506　富津市下飯野2443 |
| 令和４年４月１日時点の住所**レ** | □現住所と同じ | 〒富津市　　 |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン |
| 予防接種を**レ**受けた年月日 （申請分のみ記載） | １回目 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ２回目 | 　　　　令和３年　　　６月　　１５日 |
| ３回目 | 　　　　令和４年　　　２月　　　８日 |
| 申請金額（申請分のみ記載） | １回目 | 　　　　　　　円 | 合計　　　　　32,300円 |
| ２回目 | 　　　　15,800円 |
| ３回目 | 　　　　16,500円 |
| 接種医療機関 | 名称 | 2回目；○○○レディースクリニック |
| 住所 | 　　　 東京都○○市〇△番地 |
| 電話番号 | 　　　 03-5321-○○○○ |
| ※複数の医療機関で接種した場合、次に名称・住所・TELを記載　3回目；〇×産婦人科　　　　 千葉県千葉市〇区〇△番地　　　　 043-×××-○○○○ |

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込みを依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 　　　　　　　　　本店△△○○信用金庫 　　　　　　　　　支店農協 　　　　　　　　　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 | 9876543 |
| フリガナ | 　フッツ　ハナコ申請者と口座名義人が異なる場合は、必ず記入してください。 |
| 口座名義人 | 　富津　花子 |
| 依頼人（申請者）氏名　　　富津　花子 |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

|  |
| --- |
| ※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。　　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、富津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。 | □はい　□いいえ**レ** |
| この申請書を、富津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。**レ** | □はい　□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。 | □はい　□いいえ**レ**　　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。 | □はい　□いいえ**レ** |
| 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。**レ** | □はい　□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。**レ** | □はい　□いいえ |

【提出書類】

上記の契約上記の契約・同意いただけない場合や、他の自治体から費用助成を受けたことがある場合、申請受付ができません。

また、提出書類に不足等がある場合も、受付できませんので、ご注意ください。添付用用紙をご活用ください。

　□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、健康保険証（両面）などいずれかひとつの写し

□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、支払証明書等）※原本に限ります。

　□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。