

様式第1号（第4条関係）

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

年 月 日

印南町長 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		接種を受けた者 との続柄	□本人 □その他 ()
	氏名			
	住所	印南町大字		
	電話番号			

※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		生年月日	平成	年	
	氏名	□申請者と同じ		月	日	
	現住所	□申請者と同じ				
	令和4年4月1日 時点の住所地	□現住所と同じ 印南町大字				
	ワクチンの 種類	□組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス)				
		□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
2回目			円			
3回目			円			
接種医療機関名						

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							

【契約・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、印南町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
この申請書を、印南町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。	☐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 _____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
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。	☐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。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- ☐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。