

別記様式第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

多賀町長 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		被接種者との関係	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは被接種者本人、またはその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	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	〒			
	ワクチン接種の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	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						

【受取口座記入欄】（長期間入出金のない口座を記入しないでください。）

※通帳番号の記載誤りがないか再度ご確認ください。記載に誤りがあると、給付が遅れることがあります。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	1. 銀行 4. 信組 7. その他 2. 信金 5. 農協 3. 労金 6. 漁協						1. 本・支店 2. 本・支所 3. 出張所											
金融機関コード						支店コード						口座番号 右づめで記入ください						
口座種目	1. 普通 2. 当座		口座名義人 (カタカナ)															

6桁目がある場合は※欄にご記入ください。 ↓右づめでご記入ください。

ゆうちょ銀行	記号	1				0	-	※	番号									1
口座名義人 (カタカナ)																		

○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は、下欄にご記入ください。

※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	月
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）および医療機関等における情報について多賀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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、多賀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り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かか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た場合、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】

- 本人確認書類（運転免許証・健康保険証の写し）※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの
- 振込先金融機関口座確認書類（通帳の写しまたはキャッシュカードの写し）
※通帳は表紙を開いた見開きの状態でコピーしてください。
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書および明細書、支払証明書等）※原本
- 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）