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

令和 年 月 日

接種を受けた者との続柄

小 浜 市 長 様

リ ガ ナ

名

申氏

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

請者	現	1	注	所	₹								
	電	話	番	号									
						※申請でき	るのは	接種を受け	た本人	、又は ²	その保護者	た限り	ます。
	フ リ ガ ナ 氏 名			ナ	□申請者					生年			
				名	と同じ					月日	年	月	日
	現 住 所			所	□申請者 と同じ	₹							
	令和	口4年	- 4 月	1月	□現住所	₹							
	時	点(の作	主所	と同じ								
	ロノ	カチ、	٠ <i>/ (</i>		□組換え沈降 2 価 HPV ワクチン(サーバリックス)								
	ワクチンの種類			性 炽	□組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)								
被	予 防 接 種 を				1回目			年	月		日		
接	受し	受けた年月日			2 回目			年	月		日		
種	(申	請分の	み記	載)	3回目			年	月		日		
者	申	請	金	額	1回目			円		合計			
					2 回目			円					
		(申請分のみ記載)			3 回目			円		円			
	接	種医		名称									
		機関		住所									
	//3\	7尽1戏 判		TEL									
	※複	[数の[医療標	幾関で担	接種した場合、	下記に名称・	住所・TI	EL を記載					

私が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。

1277	~ IX / U II	110 150 1±5	4/11/0 × , (/ HD1H/C	- 11/11		, 04 / 0							
					銀行		本店		店				
振込					支	店							
	金融機	製 名				支	所						
			金融機関コード			支店番号	<u>1</u> ,						
先	預 金	種 別		普通		 当座							
口口	預 金	(性)	日地 - コ圧										
座	口座	番号											
	フリ	ガナ											
	口座名	·····································											
依東	質人(申請:	 者) 氏名											
			 裊の口座に振り込みを希	i望される場 [^]	 合、下欄に	 記入をお願	iいします。						
							. , ,						
私に	は、上記口)	座名義人	に接種費用の受領に関	する一切の権	産限を委任	します。							
令和	1 年	月	日										
					申請者氏	名							
【誓	約・同意事	∓項】 ※診	変当する項目に☑を入れてく	ださい。									
Z0	の申請に係	る住民基	本台帳(申請者と被接種	重者が異なる	場合は双ス	方の登録事	口はい	□\\\	え				
項)	及び医療	幾関等に	おける情報について、小	小浜市が必要	と認めると	さきは調査							
を行	ううことに	同意しま	すか。										
20	の申請書を、	、小浜市は	こおいて支給決定をした	に後は任意接	種費用の記	青求書とし	口はい	□\\\\	え				
て耳	反扱うこと	に同意し	ますか。										
キュ	ャッチアッ	プ接種を	受けましたか。はいの類	場合、接種回	数と接種を	を受けた自	口はい	□\\\\	え				
治体	本名を右記	にご記載	ください。				<u> </u>		_				
本目	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	ついて他の	口はい	□\\\\	え				
自治	台体から費	用の助成	を受けたことがありま ^っ	すか。									
提出	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 口はい 口いいえ												
て間	引い合わせ	を行いま	したか。										
申請	青内容に偽	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	口はい	□\\\\	え				
は、	支給済み	の費用を	返還することに同意して	ますか。									
【提	出書類】												
_)氏名・付	三所・生年月日が確認で	きる書類の写	よし (申請	者と被接種詞	者が異なる	場合は双	才の				
_	□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												
□振込													

- □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。

様式第1号(第4条関係)

記入の仕方

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



小 浜 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。

	フ	IJ	ガ	ナ		接種を受けた
申	氏			名		者との続柄
請者	現	現住		所	₹	
	電	話	番	号		
						ツカキマナフのはや任ナガルレー コルフの加井サルのカナル

※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。

	フ リ	ガ ナ 名	・□申請者 と同じ	生年 月日 年 月 日							
	現住	現 住 所		〒							
	令和4年4月1日 時点の住所		□現住所 と同じ	〒							
	ワクチン	の種類	□組換え沈□組換え沈								
被接	予 防 接		1回目 2回目	この欄への記入は不要です							
種	(申請分のみ	:記載)	3回目								
者	申請	金額	1回目								
	(申請分のみ	記載)	3 回目								
	I the state I had	名称	ОПП								
	接種医療機関	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										

私が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。

12410	~ (M) D	11416119	\ III >~	,,ii, - , , , , , , , , , , , , , , , ,	- 1/11		0 7 0								
振込						銀行			本厂	店					
						支厂	店								
	金 融	機関	名			支	折								
				金融機関コード			支店番号	클							
先	預金	種	別	普通 • 当座											
П		- T	号												
座	口座	番	カ												
	フリ	ガ	ナ												
	口座	名 義	義 人												
依東	頁人 (申詞	清者)	氏名												
申請	者氏名と	異なる	方名義	色の口座に振り込みを希	i望される場合	合、下欄に	こ記入をお願	買いします。							
					※委任状										
私に	は、上記に	コ座名	義人	に接種費用の受領に関	する一切の権	重限を委任	します。								
令和	in 4	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。										
Z0	の申請に何	系る住	民基	本台帳 (申請者と被接種	重者が異なる	場合は双ス	方の登録事	口はい	口いい	え					
項)	及び医療	§機関	等には	おける情報について、小	浜市が必要	と認める。	ときは調査								
を行	すうことに	こ同意	しま	すか。											
Z0	り申請書	を、小浴	兵市に	こおいて支給決定をした	と後は任意接	種費用の語	請求書とし	口はい	□ レ ン レ ン .	え					
て耳	対扱うこの	とに同	意し	ますか。											
キュ	アッチア	ップ接	種を	受けましたか。はいの特	場合、接種回	数と接種	を受けた自	口はい	□ レ レ レ ン .	え					
治位	本名を右言	記にご	記載	ください。											
本目	申請分の	ヒトパ	ピロ	ーマウイルス感染症に	係る任意接続	種費用につ	ついて他の	口はい	□ レ レ レ ン .	え					
自剂	台体から	費用の.	助成:	を受けたことがありまっ	すか。										
提出	出に必要な	な書類	を紛り	失している場合、接種医	医療機関に再	発行等の	可否につい	口はい	□ レ レ レ ン .	え					
て同	引い合わり	せを行	いま	したか。											
申請	青内容に位	為りが	あっ	た場合や相違があり支	給要件に該	当しなかっ	った場合に	口はい	□ レ レ レ ン .	え					
は、	支給済	みの費	用を	返還することに同意し	ますか。										
【提	出書類】														
	被接種者	の氏名	ら・住	所・生年月日が確認で	きる書類の写	なし(申請	者と被接種	者が異なる	場合は双	方の					
	もの)※	申請時	宇住所	記載の住民票、運転免	許証、健康位	保険証(同	両面) などレ	ずれかひ。	とつ						
□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。