

記載例

申請期限 令和7年3月31日まで

令和●●年●●月●●日

（宛先）出水市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

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	イズミ ツルコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	いずみ 鶴子		
	現住所	〒 899-0201 出水市緑町50番1号		
	電話番号	080 - ●●●● - ●●●●		

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	生年	平成●●年●●月●●日	
	氏名	と同じ	※申請者と異なる場合、記載してください。		
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降9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	※定期接種期間（高1の年度末）を過ぎてR4年3月31日までに接種したものに限りま		日
		2回目			日
		3回目			日
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	金額については、空欄のまま提出ください。		
		2回目			
3回目					
接種医療機関	名称	●●クリニック			
	住所	出水市●●町●番●号			
	TEL	0996-●●-●●●●			
※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。

振込先口座	金融機関名	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ●●● 銀行 信用金庫 農協 ●●● </div>								本店	
		金融機関コード					支店番号				支店
	預金種別	普通・当座									支所
	口座番号	●●●●●●●●									
	フリガナ	イズミ ツルノシン									
	口座名義人	いずみ つるのしん									

依頼人（申請者）氏名 **いずみ 鶴子**

申請者と口座名義人が異なる場合、必ず署名若しくは記名押印してください。(例:申請者本人、口座名義人父)

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、

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●●月●●日

いずみ

申請者署名又は記名押印 **いずみ 鶴子**

【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）及び医療機関における情報について、出水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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、出水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り扱うことに同意しますか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

キャッチアップ接種(R4.4.1以降の公費での接種のこと)

【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。