

様式第1号（第4条関係）

幕別町ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

幕別町長 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	氏名		接種を受けた者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 その他（ ）
	住所			
	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	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月日	年 月 日	
	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"/> 申請者と同じ 〒			
	ワクチンの種類	組換え沈降 <input type="checkbox"/> 2価 HPV ワクチン <input type="checkbox"/> 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					

【振込先金融機関】

	銀行 金庫 組合 農協	本店・支店 本所・支所 出張所		
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	ゆうちょ銀行 の場合	店名	店番
口座番号				
口座名義人	(フリガナ)			

【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（者と被接種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、幕別町が必要と認める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、幕別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。	<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係る任意接種費用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ている場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<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】

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

振込口座（口座名義人は申請者または被接種者）※通帳の写し

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。