

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兼請求書

年 月 日

朝倉市長

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
	氏名		
	現住所	〒	
	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	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者	生年月日	年 月 日	
	氏名	と同じ			
	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	
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
	※複数の医療機関で接種した場合、以下に名称・住所・電話番号を記載				

申請額	接種回数	申請額(A)	上限額(B)	決定額 (AとBのうち少ない額)
	1回目			
	2回目			
	3回目			
	合計金額			

※太枠内は記入しないでください。

私が受領する任意接種費用について、次の口座への振り込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所 営業部
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合、以下に記入をお願いします。

委任状
朝倉市長
私は、接種費用の受領に関する一切の権限を上記口座名義人に委任します。
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）及び医療機関等における情報について、朝倉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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、朝倉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
申請内容に偽り又は相違があり支給要件に該当しなかった場合は、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、マイナンバーカード、運転免許証、パスポートのいずれか一つ又は健康保険証（両面）、年金手帳、学生証（顔写真入り）、通帳のいずれか二つ
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- 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）
- 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）