

**記入例**

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 4 年 〇 月 〇 日

習志野市長 宛て

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	ナラシノ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	習志野 太郎		
	現住所	〒275-△△△△ 習志野市津田沼5-△-△		
	電話番号	047-453-△△△△		

※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 と同じ	ナラシノ ハナコ	生年月日	2000年〇月〇日	
	氏名		習志野 花子			
	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				
	予防接種を 受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	2020年 4月 2日			
		2回目	2020年 6月 2日			
		3回目	2020年 10月 2日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	接種回数	接種費用(A)	上限額(B)	申請(請求)額 (A)と(B)のうち少ない額	
		1回目	15,000円	16,588円	15,000円	
		2回目	15,000円	16,588円	15,000円	
		3回目	15,000円	16,588円	15,000円	
合計金額				45,000円		
接種 医療機関	名称	〇〇〇〇クリニック				
	住所	習志野市鷺沼2-1-1				
	TEL	047-453-2922				
※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	銀行 信用金庫 津田沼 農協							本店支店		
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	0	1	2	支所	
	預金種別	普通 当座									
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6									
	フリガナ	ナラシノ ハナコ									
口座名義人	習志野 花子										
依頼人（申請者）氏名		習志野 太郎									

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、下欄に記入をお願いします。

※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 4 年 〇 月 〇 日

申請者氏名 習志野 太郎

【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、習志野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、習志野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 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・市
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

【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。