

HPVワクチンキャッチアップ接種償還払い申請書

令和 年 月 日

（あて先）掛川市長

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	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請者は、被接種者が18歳未満の場合は保護者、被接種者が18歳以上の場合は本人に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日	平成 年 月 日	
	氏名				
	予防接種日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒 掛川市		
	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	令和 年 月 日		
		2回目	令和 年 月 日		
		3回目	令和 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	名称				
	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					

私が受領するキャッチアップ接種費用について、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 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号			
	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込を希望される場合、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	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、市長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、掛川市において支給決定をした後はキャッチアップ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
本申請分のHPVワクチンキャッチアップ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
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場合や、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。