

様式第1号（第4条関係）

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

令和 年 月 日

滝上町長 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。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、滝上町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

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"/> 申請者と同じ		生年月日	平成 年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	令和5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（商品名：サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（商品名：ガーダシル）				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	平成	・ 令和	年	月 日
		2回目	平成	・ 令和	年	月 日
		3回目	平成	・ 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						

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振り込みを依頼します。

振込口座 (申請者の口座)	金融機関名		支店名等						
	口座種別	普通・当座		口座番号					
	フリガナ								
	口座名義								

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

令和4年4月1日以降、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時に住民登録のあった自治体名を右にご記載ください。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →                      回 自治体名：
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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

【提出書類】

- ① 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（様式第1号）
- ② 接種費用の支払いを証明する書類（第4条第1項第1号規定）  
例：領収書及び明細書、支払証明書等 ※原本に限ります
- ③ 接種記録が確認できる書類（第4条第1項第2号規定）  
例：母子健康手帳、予防接種済証又は接種済の記載がある予診票等の写し
- ④ 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用証明書（様式第2号）  
上記、③が提出できない場合に要添付。医療機関からの文書料は償還払いの対象外。