

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

〇年〇〇月〇〇日

（宛先）秋田市長

申請者氏名は、裏面振込口座名義人と同一の氏名となります。

申請者は以下のいずれかとなります。

①被接種者の保護者

②被接種者が18歳以上の場合は本人

申請者 ●● ●●

住所 秋田市〇〇■丁目〇-〇

電話番号 000-0000-0000

下記のとおり、秋田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

記

1 予防接種の種類等

対象者 (被接種者)	フリガナ	〇〇 〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	
	生年月日	〇年〇〇月〇〇日	
	現住所	〒000-0000 秋田市〇〇■丁目〇-〇	
種類	<input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 4価HPVワクチン		
接種日および 支払金額		接種日	支払金額
	1回目	△年 △月 △日	15,000 円
	2回目	▲年 ▲月 ▲日	15,000 円
3回目	◇年 ◇月 ◇日	15,000 円	
接種医療機関	名称	△△クリニック	
	所在地	秋田市▲▲□丁目▲-▲	

2 振込口座

振込先	○○		銀行・協同組合 金庫・信用組合		○○	本店・支店 支所・出張所
	店番	111	種目	普通・当座	口座番号	1234567
フリガナ	●●	●●				
口座名義人	●●	●●	申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の記入も必要です。			

3 確認・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）および医療機関等における情報について、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
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・
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
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付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

4 提出書類

- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる身分証明書の写し（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）
 - 振込先が確認できる預金通帳、キャッシュカード等の写し
 - 接種費用の支払いを証明する領収書、明細書等の原本
 - 接種記録が確認できる母子健康手帳の予防接種記録、予診票等の写し
- ※他にも追加書類の提出を求めることがあります。