様式第１号（第４条関係）

申請書　記入例①

（母子健康手帳等や領収証等の書類が全て揃っている場合）

○○年　〇月　〇日

　　荒尾市長　様

荒尾市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

**申請日時点で被接種者が１８歳以上の場合：申請者は「被接種者」を記入**

**申請日時点で被接種者が１７歳以下の場合：申請者は「保護者」を記入**

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 | アラオ　ハナコ | 接種を受けた者との続柄 | 本人 |
| 氏名 | 荒尾　花子 |
| 現住所 | 〒 864-〇〇〇〇  荒尾市増永〇〇番地　□アパート　△号 |  | |
| 電話番号 | 090－〇〇〇〇－〇〇〇〇 |  | |

※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 | | ☑申請者と同じ |  | | 生年  月日 | 平成９年４月２日 | |
| 氏名 | |  | |
| 現住所 | | ☑申請者と同じ | 〒 | | | | |
| 令和４年４月１日時点の住所 | | ☑現住所と同じ | 〒 | | | | |
| ワクチン  の種類 | | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン 　（医薬品名：サーバリックス） | | | | | |
| ☑組換え沈降４価ＨＰＶワクチン 　（医薬品名：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 | 令和元年 ５月 ７日 | | | | |
| ２回目 | 令和元年 ７月 １４日 | | | | |
| ３回目 | 令和元年 １２月 １０日 | | | | |
| 領収書等の支払金額を証明する書類の原本の有無  （「☑無し」の場合、下記申請金額の記入は不要）  **接種に要した交通費、宿泊費、その他文書発行料等は対象外です。** | | | | ☑有り | | | □無し |
| 申請金額  （申請分のみ記載） | | １回目 | **16,000**円 | | 合計  **48,000** 円 | | |
| ２回目 | **16,000**円 | |
| ３回目 | **16,000**円 | |
| 接種医療機関 | 名称 | 〇〇クリニック | | | | | |
| 住所 | 荒尾市〇〇町□□番地 | | | | | |
| TEL | 0968-〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |
| ※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みを依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 本店  荒尾 　信用金庫 荒尾 支店  農協 支所 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| フリガナ |  | アラオ　ハナコ | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | 荒尾　花子 | | | | | | | |

※振込先口座は申請者の口座に限ります。

【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、荒尾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。 | ☑はい □いいえ |
| この申請書を、荒尾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り扱うことに同意しますか。 | ☑はい □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御記入ください。 | □はい ☑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。 | □はい ☑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合せを行いましたか。 | □はい ☑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。 | ☑はい □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１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。