

様式第1号 (第4条関係)

柏原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及び請求書

年 月 日

柏原市長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____ 印

電話 _____

被接種者との関係 _____

次のとおり、申請し、請求します。

請求金額 円

被 接 種 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	※領収証の氏 異なる場合	旧 姓	(フリガナ)		
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4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			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価 HPV ワクチン			
		<input type="checkbox"/> 不明			
		ワクチンの接種年月日	支払金額 (※領収書添付)	※市記入欄 (支給対象金額)	
	1回目	年 月 日	円	円	
2回目	年 月 日	円	円		
3回目	年 月 日	円	円		
	合 計	円	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					

振込先口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所					
		金融機関コード				店番号				
	普通・当座	口座番号 (右づめて記入してください)								
	フリガナ									
	口座名義人									

※被接種者が18歳以上で口座名義人でない場合は、下欄の委任状に被接種者の記名・押印が必要です。

私は、上記口座名義人に柏原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還金の受け取りを委任いたします。

年 月 日 被接種者氏名 印

この申請に係る住民基本台帳（請求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、本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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、本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 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入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ (自治体名) _ 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 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 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】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）
※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。