

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

稲敷市長 様

申請者  
住所  
氏名  
対象者との関係  
電話番号

稲敷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兼請求書

稲敷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に関する要綱  
第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

被接種者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日
				年 月 日
	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"/> 申請者と同じ		
ワクチンの種類	実施回数 <small>(申請分のみ記載)</small>	実施日	実施医療機関	接種費用
サーバリックス・ガーダシル	1回目			円
サーバリックス・ガーダシル	2回目			円
サーバリックス・ガーダシル	3回目			円
請求金額（申請分のみ記載）				円

振込先

金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店
口座種別・番号	普通 ・ 当座	No.
口座名義	フリガナ	

【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、稲敷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、稲敷市において支給決定をした後は請求書として取り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」の場合は、接種回数と接種を受けた自治体名もご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
この申請に係るヒトパピローマウイルス感染症の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は、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に虚偽の記載があった場合や、誤りがあり支給要件に該当しなかった場合は、支給済みの助成金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（運転免許証、健康保険証等） ※申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの
  - 接種費用の支払を証明する書類の原本（領収書及び明細書、支払証明書等）
  - 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄等）
  - 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込口座確認用）
- ※ 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場合等には、追加の書類を求めることがあります。