

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4年●●月●●日

(あて先) さいたま市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

接種を受けた本人が18歳以上の場合、本人に限ります。

申請者	フリガナ	<b>サイタマ ナツコ</b>	接種を受けた者との続柄	<b>本人</b>
	氏名	<b>さいたま 夏子</b>		
	現住所	〒 <b>338-0013</b> <b>さいたま市中央区鈴谷7-5-12</b>		
	電話番号	<b>090-●●●-●●●●</b>		

不明点があった際にお電話することがあります。日中繋がりにやすい番号を記入してください。

※申請者は接種を受けた本人が18歳以上の場合、本人に限ります。18歳未満の場合はその保護者でも可能です。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	※申請者と異なる場合、記載してください。	生年月日	平成●●年●●月●●日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	令和4年4月1日現在の住民票所在地の市区町村が申請先となります。			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		2価：商品名サーバリックス 4価：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●●年●●月●●日			
		2回目	平成●●年●●月●●日			
		3回目	平成●●年●●月●●日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	<b>17,000</b>	円	領収書等がある場合、税込み金額を記載してください。領収書がない場合でも金額が分かる場合は記載してください。不明な場合は16,000円と記載してください。	
		2回目	<b>17,000</b>			
3回目		<b>17,000</b>	円			
接種医療機関	名称	<b>さいたま市役所クリニック</b>				
	住所	<b>さいたま市浦和区常盤6-4-4</b>				
	TEL	<b>048-●●●-●●●●</b>				
※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を依頼します。

振込先口座	金融機関名	●●●●	銀行	●●	本店				
			信用金庫		支店				
			農協		支所				
	金融機関コード	9	9	9	9	支店番号	9	9	9
	預金種別	普通・当座							
口座番号	1234567								
フリガナ	サイタマ タロウ								
口座名義人	さいたま 太郎								
依頼人（申請者）氏名	さいたま 夏子								

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状 私は、上記口座名義人に接種 令和4年●●月●●日	申請者と口座名義人が異なる場合、必ず記入してください。 (例：申請者本人、口座名義人父) 申請者が署名もしくは記名押印してください。	申請者氏名 <b>さいたま 夏子</b>
-------------------------------------	---	----------------------

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

漏れなくチェックしてください。

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、さいたま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
この申請書を、さいたま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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、接種回数と接種日を以下にご記載ください。 1回目(R . . ) 2回目(R . . ) 3回目(R . . )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
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
接種費用の支払いを証明する書類はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(紛失)
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 checked="" 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 checked="" 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（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）などいずれかひとつ
  - 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）
  - 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）写し可
  - 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の場合、氏名が確認できる表紙又は出生届済証明のページ、および「予防接種の記録」欄の写し）
- ※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。