

令和4年4月1日時点で御浜町に住民登録のない方は、本様式を使用することが出来ません。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費償還払い申請書兼請求書

年 月 日

御浜町長様

標記について、裏面の誓約及び同意事項に誓約及び同意の上、次のとおり関係書類を添えて申請します。 ※申請できるのは接種を受けた本人、又は接種日時点の保護者に限ります。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日		
	氏名					
	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	〒			
	申請対象回数	<input type="checkbox"/> 1回目接種分 <input type="checkbox"/> 2回目接種分 <input type="checkbox"/> 3回目接種分				
	申請金額（請求額）	合計		円		

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 支所
		金融機関コード				支店番号		
	口座種別 (○で囲む)	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

※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、裏面委任状に記入をお願いします

【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（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（写し可）
 - 接種記録が証明できる書類（母子健康手帳等）の原本
 - 接種費用及び文書料の支払いを証明できる書類（領収証及び明細書、支払証明書等）の原本
 - 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（写し可、口座番号等確認用）
- ※申請者と被接種者が異なる、必要書類の不足等の場合、追加の書類を求めることがあります。

※委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

年 年 日

申請者氏名

【誓約・同意事項】

- (1) 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、町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
- (2) この申請書を、町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。
- (3) キャッチアップ接種を接種している場合、その接種回数と接種を受けた自治体名を町へ申告します。（(例) 接種回数： 回・自治体名： ）
- (4) 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ほかの自治体から費用の助成を受けたことがある場合、町に申告します。（(例) 助成回数： 回分・助成自治体名： ）
- (5) 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のうえ、申請します。
- (6) 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、支給済みの費用の全額を速やかに返還することに同意します。

※すでにキャッチアップ接種を受けている場合、償還払いの対象はキャッチアップ接種回数を除いた回数（上限3回）となります。

※申請期限は令和7年3月31日（郵送による場合は、当日の消印有効）までとなります。