様式第１号（第６条関係）

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払申請書

　　　年　　月　　日

　　能代市長　　様

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 |  | 被接種者  との続柄 |  |
| 氏名 | 印 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |

※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（償還払対象者） | フリガナ | | □申請者と同じ |  | 生年月日 | | 平成  年　　月　　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 | | | | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | | | | |
| 予防接種を  受けた年月日  （申請分のみ記載） | | １回目 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| ２回目 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| ３回目 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 申請金額  （申請分のみ記載） | | １回目 | 円 | | 合計  　　　　　　　　　円 | |
| ２回目 | 円 | |
| ３回目 | 円 | |
| 接種  医療  機関 | 名称 |  | | | | |
| 住所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先口座  振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 　　　　　　　　　本店  信用金庫 　　　　　　　　　支店  農協 　　　　　　　　　支所 |
| 預金種別 | 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、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費用の受領に関する一切の権限を委任します。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 |

【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）及び接種情報について、能代市が必要と認める  ときは調査を行うことに同意します。 | □はい　□いいえ |
| この申請書を、能代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。 | □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ご記載ください。 | □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 |
| 接種費用の支払いを証明する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。 | □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）又は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払申請用証明書（様式第２号）

　□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）

※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。