

子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払い申請書

令和〇年〇月〇日

柏崎市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	カシワザキ ハナコ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	柏崎 花子		
	現住所	〒 945-0061 柏崎市栄町18-26		
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

※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	フリガナ	カシワザキ ユメ	生年月日	平成 〇年〇月〇日	
	氏名	柏崎 夢			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	対象者：平成9.4.2生～平成18.4.1生	
	令和4(2022)年4月1日時点の住所	<input checked="" 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（サーバリックス）			
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	予防接種を受けた年月日	1回目	令和2年〇月〇日	（定期接種・ <u>自費接種</u> ）	
		2回目	令和3年〇月〇日	（定期接種・ <u>自費接種</u> ）	
		3回目	令和3年〇月〇日	（定期接種・ <u>自費接種</u> ）	
	申請金額 （申請分のみ記載）	1回目	〇〇,〇〇〇 円	合計	〇〇,〇〇〇 円
		2回目	〇〇,〇〇〇 円		
		3回目	〇〇,〇〇〇 円		
接種医療機関	名称	元気クリニック			
	住所	柏崎市□□□□□			
	TEL	22-〇〇〇〇			
※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	○	○	○	○	支店番号	○	○	○
	預金種別	普通 当座							
	口座番号	○○○○○○○							
フリガナ	カシワザキ ユメ								
口座名義人	柏崎 夢								
依頼人（申請者）氏名		柏崎 花子							

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。

<b>※ 委任状</b>	
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 柏崎花子

【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、柏崎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、柏崎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
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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン（HPV）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
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 checked="" 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写し（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）※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。

書類が全て揃っているか確認してください。不備があると申請できません。