様式第１号（第３条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請（請求）書

　　　年　　月　　日

　人吉市長　　　　　　　　　　様

１　標記について、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |

※申請できるのは予防接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた者（被接種者） | フリガナ | | □申請者と同じ |  | 生年月日 | 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、以下に各接種医療機関名、住所、電話番号を記載してください。 | | | | | |

２　任意接種費用について、以下の振込先口座への振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座  振込先口座 | 金融機関名 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | 本店  支店  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 |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄委任状の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。  　　　　年　　年　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者（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）及び医療機関等における情報について、人吉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。 | □はい　□いいえ |
| この申請書を、人吉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。 | □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御記載ください。 | □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 |
| 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合わせを行いましたか。 | □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か。 | □はい　□いいえ |

※　申請者と被接種者が異なる場合、必要書類が不足している場合等は、追加の書類を求めることがあります。

【保健センター記入欄】

□被接種者は令和４年４月１日時点で市に住民登録がある者

【提出書類】

□被接種者の氏名、住所、生年月日が確認できる申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等の写し（いずれか１点）　※申請者と被接種者が異なる場合は双方のものが必要

□通帳又はキャッシュカードの写しなど、振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人を確認できる部分の写し

□接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）の原本又は

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 確認者 |
|  |  |

接種年度・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」欄等）の写し