

様式第 1 号

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 年 月 日

(あて先) 防府市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※申請できるのは接種を受けた本人に限ります。

フリナガ			
氏 名			
生年月日	年 月 日		
現 住 所	〒		
電話番号			
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 H P V ワクチン		
	☐ 組換え沈降 4 価 H P V ワクチン		
予防接種を 受けた年月日 (申請分のみ記 入)	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 入)	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	
	T E L	
※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									
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、下記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	☐はい ☐いいえ
-----------------------------	----------

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、防府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。	
この申請書を、防府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
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。	☐ 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

【提出書類】

☐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。（領収書等がない場合は、申請時にお申し出ください。）

☐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」欄の写し等又は

「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用証明書」）

※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。