

様式第1号(第5条関係)

米原市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

米 原 市 長 様

米原市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請し、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 | | | |

※申請者は、HPVワクチンの接種を受けた本人またはその保護者に限ります。

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|---|------|-------|
| 被接種者 | 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 | 〒 | | |
| | ワクチンの接種 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 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 | |
| | | 2回目 | 円 | | |
| 3回目 | | 円 | 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 | | | | | |

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込みを依頼します。

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|------------------|--|--|--|--|------|--|----------------|
| 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 | | |
| | 預 金 種 別 | 普通 ・ 当座 | | | | | | | |
| | 口 座 番 号 | | | | | | | | |
| | フ リ ガ ナ | | | | | | | | |
| 口 座 名 義 人 | | | | | | | | | |
| 依頼人(申請者)氏名 | | | | | | | | | |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、次の委任状に記入をお願いします。

| |
|---|
| <p>委任状</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> |
|---|

【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)および医療機関等における情報について、米原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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| HPVワクチンのキャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合は、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 type="checkbox"/> 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、他の自治体から助成金等の交付を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> いいえ |
| 申請内容に偽りがあった場合や助成対象に該当しなかった場合、交付された助成金を返還することに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

【提出書類】

- HPVワクチンの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)
- 被接種者の氏名、住所および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)
- 振込先金融機関の口座番号、名義人等がわかる通帳またはキャッシュカードの写し

※ 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。