

様式第1号（第4条関係）

富士吉田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

富士吉田市長 様

富士吉田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、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		接種を受けた者との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請が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			生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	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	〒			
	ワクチンの種類	<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						

私が受領する予防接種費用について、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・金庫・組合				本店 支店			
		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を希望される場合、下欄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）及び医療機関等における情報について、富士吉田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
この申請書を、富士吉田市において交付決定をした後は予防接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input 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欄にご記載ください。	<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予防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 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合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがある場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの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】

- 接種費用の支払いを証明する書類の写し（領収書及び明細書、支払証明書等）
- 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。
- 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）
 - ※ 申請時住所記載の運転免許証、個人番号カード、健康保険証（両面）などいずれか一つ
- 振込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）