

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兼請求書

年 月 日

明石市長様

標記について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

申請者及び請求者	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	年	月	日
	氏名		月日			
	現住所	〒				
	令和4年4月1日時点の住所	〒				
	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				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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	※実費の証明ができない場合又は9価ワクチンを接種した場合は市が規定する各年度の償還額になります。	
		2回目		円		
		3回目		円		
文書料			円	※市が定める様式のものに限ります。一医療機関につき3,000円が上限です。		
合計			円			
接種医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
※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						

※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。

裏面も記載してください。

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。  
 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委任します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 出張所
		金融機関コード				支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座						
	口座番号 (右づめ)							
	フリガナ							
口座名義人								
依頼人(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、明石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、明石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 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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(明石市処理欄)

【確認事項】

- 令和4年3月以前接種（令和4年4月1日時点住民登録）
- 令和4年4月以降接種（接種日住民登録）
- 記載確認（電話番号 振込先情報 誓約同意事項）

【提出物】

- 母子健康手帳又は予防接種済証の写し 又は 様式第2号（申請用証明書）
- 領収書（有 ・ 無） ↳領収書（様式第2号作成料）
- 申請者（被接種者）の現住所を確認できる書類の写し（市外在住の場合のみ）
- 申請者と被接種者の続柄を証明できる書類の写し（市外在住のため確認が必要な場合のみ）

振込決定額
円