様式第１号（第４条関係）

御代田町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口座振替依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　御代田町長　小園　拓志　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所〒　　-　　　御代田町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（助成対象者との続柄　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

　御代田町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事業実施要綱第４条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　助成対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | □申請者と同じ |  | 生年月日 | 年 　月 　日 |
| 氏　名 |  |
| 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 |  |
| 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
 |

* 裏面に続きます。

２　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（申請者と助成対象者が異な場合は双方の登録事項）、ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種又は任意接種の接種状況の提供及び町が調査を行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　　　　回
* 接種を受けた自治体名
 | □いいえ　 □はい |
| 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 。 | □いいえ　 □はい |
| 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 |

　御代田町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金の交付が決定・確定された場合には、上記の額を次の金融機関口座に振り込んでください。

３　振込口座(申請者本人の口座をご記入ください。)

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　本店・支店信用組合・農協　　　　　　　　　　出張所 |
| フリガナ |  | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

　添付書類

　１　助成対象者の氏名、住所、生年月日が確認できる書類（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

　２　任意接種を受けた医療機関の領収書（写し）

　３　任意接種の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は任意接種償還払い

　　　申請用証明書（様式第２号）