

蒲郡市長 様

蒲郡市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

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	<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	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 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	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						

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 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座	
口座	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り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

<p>&lt;委任状&gt;</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）、医療機関及び接種を受けた市町村等における情報について、蒲郡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。	☐はい ☐いいえ
定期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市町村名を右記にご記載ください。	☐はい ☐いいえ 回・
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市町村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市町村から費用の助成を受けたことがありますか。	☐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

※下記は該当する方のみご記入ください

<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い合わせを行いましたか。	☐はい ☐いいえ
<提出に必要な書類が整わない場合> 理由をご記入ください。 閉院・医療機関等に記録が残っていない・その他（ ）	
<申請者が被接種者以外の場合> 被接種者は、申請者が本申請をしていることに同意していますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- ☐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）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- ☐接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限る
- ☐接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、接種記録カード等）

※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。