様式第１号（第４条関係）

加東市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書兼請求書

年　　月　　日

加東市長　様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	住所			
	フリガナ		被接種者との続柄	
	氏名			
	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	□申請者と同じ		生年月日	年　　月　　日
	氏名				
	現住所	□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（サーバリックス）			
		□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）			
	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

（裏面に続く）

（裏面）

被接種者	接種をした医療機関	名称	
		住所	
		電話番号	

私が受領する任意接種費用の償還払いについて、次の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									

【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両者の登録事項）及び医療機関等における情報について、加東市が必要と認める場合は、調査を行うことに同意しますか。	□はい　□いいえ
この申請書を、加東市において支給決定した後は、任意接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	□はい　□いいえ
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、他の市区町村から費用の助成を受けたことがありますか。	□いいえ　□はい
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

【提出書類】

□被接種者の氏名、住所及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両者のもの）※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）など

□接種費用の支払を証明する書類（原本に限る。）※領収書及び明細書、支払証明書など

□接種記録が確認できる書類　※母子健康手帳の「予防接種の記録」欄の写しなど