

岩沼市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 4 年 9 月 7 日

岩沼市長 殿

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	イワヌマ ハナコ	被接種者 との続柄	本人
	氏名	岩沼 花子		
	現住所	〒989-2433 岩沼市桜〇丁目□-△		
	電話番号	090-0000-□□□□		

※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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成16年5月1日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" 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	初回が定期接種で、2回目以降を自費で受けた場合の記入例。 母子手帳等の記載内容と合わせてください。	
		2回目	令和 3年 4月 10日		
		3回目	令和 3年 8月 20日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	37,000円
		2回目	18,500円		
3回目		18,500円			
接種医療機関	名称	〇〇〇クリニック			
	住所	岩沼市中央〇丁目△-□			
	TEL	〇〇〇〇-□□-△△△△			
※複数の医療機関で接種した場合、以下に名称・住所・TELを記載					

初回が定期接種で、2回目以降を自費で受けた場合の記入例。
母子手帳等の記載内容と合わせてください。

領収書等の支払った金額がわかる書類がない場合は、合計金額の欄を含めて「空欄」としてください。

私が受領する助成金について、以下の指定口座への振り込みを依頼します。

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	イワヌマ ハナコ							
口座名義人	岩沼 花子								
依頼人（申請者）氏名：		岩沼 花子							

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。

※委任状

私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

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、市長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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

書類がすべてある場合は、チェックは不要です。

【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 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）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）
- 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双方のもの）※申請時の住所が記載されている住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

※申請者と被接種者が異なる場合、必要書類が不足している場合等に、追加の書類を求めることがあります。