

様式第1号（第4関係）

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申請書兼請求書

年 月 日

北上市長 様

このことについて、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。

接種を受けた者	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"/> 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				
	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・請求金額 (請求分のみ記載)	1回目		円	合計	円
2回目			円			
3回目			円			
実施医療機関名						
※複数の医療機関で接種した場合、上記以外の医療機関名を記載してください。						

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/>	この申請に係る住民基本台帳（申請者と接種を受けた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、北上市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/>	本申請分の予防接種について、他の自治体から当該費用の償還払を受けたことがありません。
<input type="checkbox"/>	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、支給済の償還払額を返還することに同意します。

【振込先】

振 込 先	金 融 機 関	銀 行 農 協 金 庫	支 店 支 所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

【提出書類】

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

接種費用の支払を証明する書類（領収書、支払証明書等）

接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証、予診票等）

※申請者と被接種者が異なる、又は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。