

様式第1号（第4条関係）

鈴鹿市ヒトパピローマウイルス感染症（HPV）ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

（あて先）鈴鹿市長

鈴鹿市ヒトパピローマウイルス感染症（HPV）ワクチン任意接種費用助成金交付要領第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求いたします。なお、この請求に関し、本市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関等への確認、調査等を行うことに同意します。

- 接種を受けた方が18歳以上（申請時点）の場合は本人が申請してください。
本人以外の方（保護者等）が申請する場合は、別紙、委任状の提出が必要です。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日（年齢 歳）	
	現住所	〒	
	連絡先	（連絡がとれる連絡先を御記入ください） 電話 — — , その他（ ）	

接種を受けた方	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 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	〒 —			
接種状況	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）			
	予防接種を受けた年月日（申請分のみ記載）	1回目	年 月 日	請求金額（合計）	
		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	円	
2回目		円			
3回目		円			
実施医療機関	名称				
	所在地				
	TEL	— —			

私（申請者）が受領する任意接種費用助成金について、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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 支所 </div>								
	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双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、鈴鹿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。	<input 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 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 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い合わせを行いましたか。	<input 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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種記録」、予診票等）
- 接種費用の支払いを証明する書類原本（領収書及び明細書、支払証明書等）
- 被接種者の氏名・生年月日・現住所が確認できる書類の写し（運転免許証、健康保険証の両面等） ※被接種者と申請者が異なる場合は双方の書類が必要です。
- 振込希望先が確認できる通帳又はキャッシュカードのコピー
- ※委任状（接種を受けたご本人以外が申請する場合）