

垂井町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種の予防接種費の償還払い申請書

年 月 日

垂井町長 様

申請者  
住所  
氏名  
(被接種者との続柄: )  
電話番号

垂井町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種の予防接種費の償還払いに関する要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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"/> 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	
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計		
2回目		円				
3回目		円	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は、名称・住所・TELを記入						

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、垂井町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
この申請書を、垂井町において交付の決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱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」の場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を右に御記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回 自治体名_____
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
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付の要件に該当しなかった場合には、交付した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】

- 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）などいずれか一つ
- 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）※原本に限ります。
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、接種済証）

※母子健康手帳、接種済証を紛失して提出できない場合は、「垂井町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種の予防接種費の償還払い申請用証明書」を提出してください。

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