第１号様式（第４条関係）

伊勢原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年　　月　　日

伊勢原市長　様

このことについて、次のとおり助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな 氏　　名	印	接種を受けた者との続柄	
	現　住　所	〒		
	電話番号 （日中の連絡先）			

※申請できるのは接種を受けた本人、又は本人が未成年（１８歳未満）の場合はその保護者となります。

※該当する場合☑を入れてください。

被接種者	ふりがな 氏　　名	□ 申請者と同じ		生年月日	年　　月　　日
	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 □ 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		
	※１ 請求金額	円			
	接種医療機関	名　　称			
		住　　所			
		電　　話			
	※複数の医療機関で接種した場合 、この欄に名称・住所・電話を記載				

※１請求金額は裏面内訳の申請額の合計から転記してください。　　（裏面あり）

【振込口座】
私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

金融機関名		店　　名	本店 支店	種類	普通・当座
口座番号		ふりがな 口座名義人			

※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は、下欄に記入をお願いします。

委　任　状

私は、上記口座名義人に接種費用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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

【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（申請者と被接種が異な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、伊勢原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。	□はい　□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欄にご記載ください。	□はい　□いいえ 回数　　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 。	□はい　□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。	□はい　□いいえ

申請内容に誤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なります。

【提出書類】

(1) 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、マイナンバーカード（表面）、健康保険証（両面）などいずれか一つ
(2) 母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等いずれか一つ
(3) 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し又はキャッシュカードの写し
(4) 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。

※内訳

接種費用ⓐ領収書の金額	補助限度額ⓑ	申　請　額 ⓐとⓑの少ない方
１回目　　円＋２回目　　円 ＋３回目　　円＝　　円	１回目　　円＋２回目　　円 ＋３回目　　円＝　　円	円