

様式第1号（第4条関係）

栗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

年 月 日

栗原市長 殿

栗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実施要綱（以下「要綱」という。）第4条の規定により、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ		被接種者 との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは被接種者又はその保護者に限ります。

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				
		2回目				
		3回目				
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目		合計	円	
2回目						
3回目						
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、下記に名称・住所・TELを記載						

私が受領する任意接種費用について、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	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								
	口座名義人								
依頼人（申請者）氏名									

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

【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（被接種者の登録事項）及び医療機関等における情報について、栗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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、栗原市において支給決定をした後は償還払い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、接種回数と接種を受けた自治体名をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい _____ 回・ _____ <input type="checkbox"/> いいえ
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】

- 要綱第2条第1項第3号の実費を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類の原本

- (2) 被接種者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- (3) 償還払いの振込先となる預金口座等が確認できる書類
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類