

年 月 日

那須塩原市長 様

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請書

那須塩原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成要綱第 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。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号			

※申請者は、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		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所						
	令和 4 年 4 月 1 日時点の住所						
	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					
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降 9 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	
	接種費用（申請分のみ記載）	1 回目		円	償還額 （市記入欄）		円
		2 回目		円			円
3 回目			円			円	
合計			円	合計			円
接種医療機関	名称						
	住所						
	電話番号						
※複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称・住所・電話番号を記載							

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。

※申請者の口座を記入してください。

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		

【確認・同意事項】※該当する項目にチェックを入れてください。

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、那須塩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、那須塩原市において支給決定をした後は任意予防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、接種回数と接種を受けた自治体名を右記に記入してください。	<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
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