

様式第 1 号

大泉町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

大泉町長

標記について、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			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	☐ 申請者 と同じ		生年	年 月 日	
	氏名			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			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1 回目	円	合計 円		
		2 回目	円			
		3 回目	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、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			店番号			
	預金種別	普通・当座	口座番号（右づめで記入してください。）					
	フリガナ							
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、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。			
令和	年	月	日
申請者氏名			
※ 本人が署名するか 記名押印してください。			

【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、大泉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。	☐ はい ☐ いいえ
この申請書を、大泉町において交付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。	☐ 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記にご記載ください。	☐ はい ☐ いいえ 回・
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成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
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済の費用を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

- ☐大泉町ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書
- ☐接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等の原本）
- ☐母子健康手帳又は予防接種済証等接種記録が確認できる書類
- ☐被接種者の身分証明書（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

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