

様式第1号（第4条関係）

牛久市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種償還払い申請書

年 月 日

牛久市長 様

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。

※被接種者が18歳以上の場合、被接種者以外が申請する時は別途委任状（任意様式）をご提出ください。

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"/> 申請者と同じ	〒			
	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				
		<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
	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						

【同意事項】 下記項目をよくお読みいただき、同意いただけましたら同意欄に☑してください。

項目	同意欄
①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、牛久市が必要と認めるときは調査を行う場合があります。	<input type="checkbox"/>
②令和4年3月末日までに任意接種を受けた方への償還払いは、令和4年4月1日時点で住民登録のある市区町村が実施主体となります。 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る場合は、支給対象外となります。	<input type="checkbox"/>
③キャッチアップ接種（令和4年度以降に市区町村からの助成を受けてのHPVワクチン接種）を受けた場合は、支給の対象外となります。	<input type="checkbox"/>
④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していただくことがあります。	<input type="checkbox"/>
上記について理解し、すべて同意いただける場合はご署名ください。 ※署名のない場合は、支給を受けることはできません。 年 月 日 申請者自署_____	

【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（申請者と被申請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）などいずれかひとつ
 - 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。
 - 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- ※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。