

狛江市長 宛て

申請者	フリガナ		接種を受けた者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

狛江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金交付申請書

狛江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金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	平成		
被接種者氏名				年	月	日
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
令和4年4月1日時点での住所	<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					
接種を受けた年月日（申請分のみ）	1回目	平成・令和	年	月	日	
	2回目	平成・令和	年	月	日	
	3回目	平成・令和	年	月	日	
実施した医療機関名	電話番号： ()					
複数の医療機関で接種を受けた場合はここに記入する。						

裏面も御記入ください。

2 請求金額

円

請求 内 訳		①接種費用	②上限額	請求金額 (①と②のいずれか低い額)
	1回目	円	18,392円	円
	2回目	円	18,392円	円
	3回目	円	18,392円	円

※申請分のみ記載してください。

3 振込先 (申請者又は被接種者名義の口座に限ります。)

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所						
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義									

4 添付書類

接種費用の支払いの事実及び額並びに接種回数を証明する書類 (医療機関の発行した領収書、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)

※必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、接種を実施した医療機関、官公署その他の関係機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名 _____