様式第１号（第４条関係）

基山町ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費助成金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

基山町長　　　　　　　　　　 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 | 印 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |

※申請できるのは接種を受けた本人、また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 |  | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| 氏名 | |  |
| 現住所 | | □申請者  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 | | | |
| 令和４年４月１日  時点の住所 | | □現住所  と同じ | 〒 | | |
| 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 | | | | | |

私が受領する予防接種費助成金について、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　・　金庫  組合　・　農協 | | 本店　・　支店  本所　・　支所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 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込を希望される場合、下記に記入をお願いします。

|  |
| --- |
| * **委　任　状**   私は、上記口座名義人に予防接種費助成金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　　　　　　　　　　印 |

【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）及び医療機関における情報について、基山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、基山町において支給決定をした後は、予防接種費助成金の請求書として取り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  ３３　　　回・　　　　　　３ |
| 本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費助成金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。 | □はい　　　□いいえ |

【提出書類】

□任意接種の実費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。

□接種回数が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し又は接種済み証明書等）

※振込先口座を確認するため、通帳又はキャッシュカードをご持参ください。