

記入例

【注意】

- ・消えるボールペン不可
- ・印鑑は朱肉を使うもののみ可
(シャチハタ不可)

来庁された方が
記入してください。
日中に連絡のとれやすい
連絡先の記載

ワクチンを接種した方
のお名前、生年月日等

助成を申請する接種日・申請
金額を、接種日が早い順から
記載。
支払った費用と16,700円の
どちらか低い方を記載。

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

記載日を記入

令和4年6月14日

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	ヤマノウチ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	山ノ内 太郎		
	現住所	〒381-0498 長野県下高井郡山ノ内町大字平穂3352-1		
	電話番号	0269-33-3111		

※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	ヤマノウチ ハナコ	生年月日	平成9年4月2日
	氏名	山ノ内 花子		
	現住所	〒		
	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 checked="" type="checkbox"/> 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	2020年9月25日	
		2回目	2020年11月1日	
		3回目	2021年3月10日	
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	16,700円	合計 50,100円
		2回目	16,700円	
	3回目	16,700円		
接種医療機関	名称	〇〇医院		
	住所	長野県中野市△△-△		
	TEL	0269-26-△△△△		
※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	〇〇	銀行	信用金庫	農協	本店	支店	支所	
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	
	口座番号	123456							
	フリガナ	ヤマノウチ タロウ							
	口座名義人	山ノ内 太郎							
依頼人（申請者）氏名 山ノ内 太郎									
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。									
年 年 日 申請者氏名									

こちらに記載した通帳のコピーを提出してください。

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込む場合、記載。

【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、山ノ内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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、山ノ内町において支給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。	<input checked="" 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ご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

該当する項目に☑。

【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（申請者と被接種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
 - 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）
 - 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）※原本に限りません。
 - 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

※接種費用の支払いを証明する書類や接種記録が確認できる書類を添付することができない場合は、様式2「任意接種償還払い申請者証明書」の提出をもって書類に代える。