

【記入例】

1・2回目：自費で接種

**3回目：令和4年4月1日以降に志免町内の医療機関で
キャッチアップ接種（無料）の場合**

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兼請求書

令和 4年 7月 1日

志免町長 様

標記について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請者	フリガナ	シメ ハナコ	被接種者が未成年 の場合は保護者氏名	接種を受けた 者との続柄	本人
	氏名	志免 花子			
	現住所	〒811-0000 志免町志免中央〇丁目△番□号			
	電話番号	092-935-1473			

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	被接種者が未成年の場合 は接種した人の氏名	生年月日	H9年 4月 2日	
	氏名					
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒			
	ワクチン の種類	<input checked="" 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				
	予防接種を 受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	令和 4年 1月 15日			
		2回目	令和 4年 3月 1日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	金額は、受付時に確認し記入します ので、空欄で提出してください。			円
2回目						
3回目						
接種医療機関	名称	志免レディースクリニック				
	住所	糟屋郡志免町志免中央1丁目1番1号				
	電話番号	092-935-1001				
※複数の医療機関で接種した場合、名称・住所・電話番号を記載						

【振込先口座】

金融機関名	銀行 志免 信用金庫 志免 農協							本店		
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	支店 支所
預金種別	普通 ・ 当座									
口座番号	1 2 3 4 5 6 7									
フリガナ	シメ ハナコ									
口座名義人	志免 花子									

【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】

※委任状 私は、上記振込先口座欄に記載した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 年 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請者氏名</div>
--

【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、志免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
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 1回・志免町
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。	□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】

- 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）※原本に限る。
 - 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。