

子宮頸がんワクチン任意接種助成金申請書

令和 年 月 日

（あて先）福津市長

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				
	氏名	⑩ ※被接種者が未成年の場合は保護者申請、18歳以上の場合は本人（被接種者）申請。			
	現住所	〒			
	電話番号			接種を受けた者との続柄	
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 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"/> 現住所と同じ	〒		

補助金申請金額

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			
回数	接種年月日 (申請分のみ記載)	接種費用 (A)	※市記入欄	
			助成金上限額 (B)	交付決定額 ※AとBのいずれか低い方
1回目	年 月 日	円	円	円
2回目	年 月 日	円	円	円
3回目	年 月 日	円	円	円
接種費用合計		円	交付決定額合計	円
接種医療機関	名称			TEL
	住所			
※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 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
口座名義人									
依頼人（申請者）氏名									

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。	
令和 年 年 日	申請者氏名 <span style="float: right;">㊟</span>

【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、福津市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
この申請書を、福津市において支給決定をした後は任意接種助成金の請求書として取扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
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 type="checkbox"/> いいえ _____回 _____市・町・村
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。はいの場合、市町村名をご記入下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____市・町・村
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 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。	<input type="checkbox"/> はい

【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等の場合に、追加の書類を求めることがあります。