様式第１号（第４条関係）

（表）

高島市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

　　年　　　　月　　　　日

高島市長

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 |  | 接種を受けた者との続柄 |  |
| 氏　　　 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 氏　　　 　名 |  |
| 現 　住　 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者と同じ場合、同上と記載してください。 |
| 住所（令和4年4月1日時点） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※現住所と同じ場合、同上と記載してください。 |
| 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 |
| 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（請求）金額（申請分のみ記載） | １回目 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | 合計　　　　　　　　　　　 　　　円 |
| ２回目 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ３回目 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ※支給額は、高島市で審査の上、決定します。 |
| 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 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面あります。

（裏）

私が受領する任意接種費用について、下記口座に振り込みを依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込み先口座 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 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 |

|  |
| --- |
| 委　任　状私は、下記受任者に接種費用の受領を委任します。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（委任者）　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受任者）　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所 |

下欄の委任状は、請求者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合にご記入ください。

【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、高島市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 |
| 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ていないことに相違はありませんか。 | □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 |