

様式第1号（第4条関係）

行橋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申請書

年 月 日

行橋市長 様

申請者  
(〒 - )  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

行橋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について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年	年 月 日
氏 名			月日	
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"/> 申請者と同じ			
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			
予防接種を受けた年月日・金額 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
	合 計		円	
接種医療機関	名 称			
	所在地			
	電話番号			
※複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称・所在地・電話番号を記載				

【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、行橋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。	<input 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 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 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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）等いずれかひとつ

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（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）

※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。