

朝日町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

年 月 日

朝日町長 殿

申請者 住 所

フリガナ

氏名(続柄) () ㊞

電 話 番 号

※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。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 被接種者及び接種に係る事項

被接種者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 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		
接種に係る事項	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 (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	
	申請額 (申請分のみ記載)	1 回目	円	合計 円
		2 回目	円	
		3 回目	円	
接種した医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・所在地・電話番号を記載				

3. 償還金の振込先

振込先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協							本店 支店 支所
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰で記入)						
	フリガナ								
	口座名義								

※金融機関口座は、被接種者又はその保護者の名義口座に限ります。

(添付書類)

- 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
- 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、予防接種済証の原本、又は接種済みの記載がある予診票の写し等)
※必要書類が不足している場合等に、追加の書類を求めることがあります。

※裏面も記載をお願いします

【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、朝日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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、朝日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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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たことがありますか。	<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