

別記

様式第1号(第4条関係)

記入例

佐倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成申請書

令和●年●月●日

(宛先) 佐倉市長

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	サクラ モモコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	佐倉 桃子		
	現住所	〒285-0825 佐倉市 江原台2-27		
	電話番号	043(312)7688		

※申請者は接種を受けた本人、又はその保護者(被接種者が申請時点において18歳未満の場合)に限ります。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	2004年10月1日	
	氏名	と同じ			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と同じ場合、記入不要		
	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 type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input checked="" 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	2021年4月10日		
		2回目	2021年6月10日		
		3回目	2021年10月14日		
	申請金額(申請分のみ記載)	1回目	17,000円	合計	51,000円
		2回目	17,000円		
3回目		17,000円			
接種医療機関	名称	海隣寺病院			
	住所	佐倉市海隣寺97番地			
	TEL	043-484-0000			
※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					
3回目：海隣寺第2病院、佐倉市海隣寺98番地、043-484-△△△△					

私が受領する任意接種費用について、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 ゆうちょ 信用金庫 農協 ○五八							本店 支店 支所	
	金融機関コード	9	9	0	0	支店番号	0	5	8	
	預金種別	普通 当座								
	口座番号	123456								
	フリガナ	サクラ ハナコ								
	口座名義人	佐倉 花子								
依頼人（申請者）氏名 佐倉 桃子										

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、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●月●日	
申請者氏名 佐倉 桃子 印	
（※自署の場合は押印不要）	

【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、市長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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、市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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
私は、上記誓約・同意事項について誓約及び同意します。	
年 月 日	
申請者氏名 佐倉 桃子 印	
（※自署の場合は押印不要）	

【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

接種記録の書類が提出できない場合は、別紙 様式第2号「佐倉市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成申請用証明書」を提出してください。