

様式第1号（第5条関係）

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

千代田区長あて

標記償還払いを受けたいので、千代田区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要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。支給決定された金額は下記の指定口座に振り込んでください。

申請者	フリガナ	チヨダ タロウ	被接種者との 続柄	父
	氏名	千代田 太郎 (印)		
	現住所	〒102-8688 東京都千代田区九段南1-2-1	被接種者ご自身が申請者の場合は「本人」と記入してください。	
	電話番号	090-9999-9999		

※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。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	チヨダ ハナコ	生年月月	平成●年●月●日	
	氏名		千代田 花子			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	申請者と同じ場合でも必ずご記入ください。		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ①組み換え沈降2価HPVワクチン	<input type="checkbox"/> ②組み換え沈降4価HPVワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> ③組み換え沈降9価HPVワクチン		
	(①又は②の場合) 令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	(③の場合) 9価接種日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	接種日及び自己負担額 (申請分のみ記載)	1回目	接種日	令和4年10月5日	自己負担額	18,000円
		2回目		令和4年12月5日		18,000円
		3回目		令和5年4月5日		18,000円
	申請金額 【接種1回あたりの上限額】 ①及び②：17,556円 ③：17,578円	1回目	17,578円		合計	52,734円
2回目		17,578円				
3回目		17,578円				
接種医療機関	名称	●●クリニック				
	住所	東京都●●区…				
	TEL	03-9999-9999				
※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 2回目及び3回目は▲▲クリニックで接種。 住所：〒999-9999 千葉県●●市… TEL：03-8888-8888						

領収書等の接種費用がわかるものがない場合は空欄のままにしてください。

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	9	9	9	9	支店番号	9	9	9
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号	1231567							
	フリガナ	チヨダ タロウ							
	口座名義人	千代田 太郎							

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（署名） ①

申請者と口座名義人が異なる場合には必ずご記入ください。

【同意事項及び確認事項】

この申請に係る住民基本台帳（ 双方の登録事項）及び医療機関等 区が必要と認めるときは調査を行	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既に他自治体で「助成を受け た場合には、申請できません。	計 回 自治体名 _____ 市区町村 _____
必要書類が不足し、「いいえ」に✓がある場合は、申 請者に問い合わせをお願いすることがございます。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
【9価 HPV ワクチンの接種費用償還払いを申請する場合】 定期予防接種の対象年齢（小6から高1相当）の間に2価又は4 価 HPV ワクチンを接種しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

「いいえ」の場合は、支給で
きないことがございます。

既に他自治体で「助成を受け
た場合には、申請できません。

必要書類が不足し、「いいえ」に✓がある場合は、申
請者に問い合わせをお願いすることがございます。

【提出書類】

最後に提出書類に不足が無いか、ご確認お願い致します。

- 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）
- 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）
- （申請者と被接種者が異なる場合）申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
《例：運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかの公的証明書》

※ 申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合に、追加の書類を求めることがあ
ります。