

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		被接種者との 続柄
	氏名	(印)	
	現住所	〒	
	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。

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	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 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 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	年 月 日	自 己 負 担 額	円
		2回目		年 月 日		円
		3回目		年 月 日		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	円			合計
2回目		円				
3回目		円			円	
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						

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					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							

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）	(印)

【同意事項及び確認事項】

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、千代田区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たことがある場合、その回数と接種を受けた自治体名を右にご記入ください。	計 回 自治体名 _____ 市区町村
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
【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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

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。