

榛東村ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

榛東村長 様

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 | | 接種を受けた者との続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 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 | | 生年 | 平成 | |
| | 氏名 | と同じ | | 月日 | 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 | 〒 | | | |
| | ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス) | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル) | | | | |
| | 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 |
| | 申請金額 (申請分のみ記載) | 1回目 | | 円 | 合計 | 円 |
| | | 2回目 | | 円 | | |
| | | 3回目 | | 円 | | |
| | 接種医療機関 | 名称 | | | | |
| 住所 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、この欄に名称・住所・電話番号を記載 | | | | | | |

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・信用組合 農協・信用金庫 | 本店 支店・出張所 |
| | 預金種別 | 1 普通 ・ 2 当座 | |
| | 口座番号 | | |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

【同意事項】以下の項目において、該当する場合に☑を入れてください。

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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、榛東村が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。 |
| <input type="checkbox"/> | この助成金交付申請書を、榛東村において支給決定した後は当該助成金の請求書として取り扱うことに同意します。 |
| <input type="checkbox"/> | 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下記に記載してください。 _____回・自治体名_____ |
| <input type="checkbox"/> | 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ない。 |
| <input type="checkbox"/> | 提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関等にその書類の再発行等の可否について問合せを行った。 |
| <input type="checkbox"/> | 申請内容に偽りがあった場合や内容等の相違により交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意します。 |

【添付書類】

予防接種記録が記載された母子健康手帳等の写し

※提出できない場合、榛東村ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書(別記様式第2号)

接種費用の支払いを証明する書類 (領収書及び明細書、支払い証明書等)

※原本に限る

※提出できない場合、助成額は助成金交付申請日の属する年度において村長が定めるヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種に係る基準単価

【村記入欄】

| | |
|-------|--|
| 申請受付日 | |
| 確認日 | |
| 職・氏名 | |