

君津市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

君津市長 様

このことについて、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	キミツ ハナコ	接種を受けた者 との続柄	母
	氏名	君津 花子		
	住所	〒299-1152 君津市久保3-1-1		
	電話番号	0439-57-2233		

※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	キミツ ハナエ	生年月日	平成16年1月1日	
	氏名		君津 花江			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒299-1192 君津市久保2-13-1			
	令和4年4月1日 時点の住民登録地	<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	令和2年 7月 2日			
		2回目	令和2年 9月 2日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	15,800円			合計 32,100円
2回目		16,300円				
3回目		円				
接種医療 機関	名称	〇〇レディースクリニック				
	住所	東京都〇〇市△△番地				
	電話番号	03-xxxx-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 2回目 〇〇産婦人科 千葉県千葉市〇〇番地 043-xxxx-0000						

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。

	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7
預金種別	普通 当座								
口座番号	1234567								
フリガナ	キミツ ハナコ								
口座名義人	君津 花子								
依頼人（申請者）氏名 君津 花子									

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、上記口座名義人に任意接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 年 日	申請者氏名

【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、君津市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	☑はい □いいえ
この申請書を、君津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。	☑はい □いいえ
キャッチアップ接種を受けました。はいの場合、接種回数と接種を受けた市区町村名をご記載ください。	□はい ☑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市区町村から費用の助成を受けたことがあります。	□はい ☑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。	☑はい □いいえ

【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の写し、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー
- 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
- 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）

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