

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請書

年 月 日

（あて先）磐田市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について磐田市が必要と認めるときは調査を行うこと、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。

※申請は接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

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					
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	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ガータシル	<input type="checkbox"/> サーバリックス	
		2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ガータシル	<input type="checkbox"/> サーバリックス	
		3回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ガータシル	<input type="checkbox"/> サーバリックス	
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				
振込先口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所				
	口座種別 (○で囲む)	<input type="checkbox"/> 普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

※該当する項目にを入れてください。

接種回数・接種自治体名

キャッチアップ接種を受けた いいえ はい → _____ 回・_____ 市町

本申請分について他の自治体から費用の助成を受けた はい いいえ

※必要書類

被接種者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）

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場合や、必要書類が不足している等の場合には、追加の書類を求めることがあります。