

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

昭島市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還
払い申請書兼請求書

（宛先）昭島市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者	
	氏名	印	との続柄	
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請者は接種を受けた本人又はその配偶者に限ります。ただし、被接種者が未成年又は、成年後見人である場合は、親権を行う者、後見人又はこれらに準ずる者で、現に対象者を監護する者。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と		生年	年 月 日	
	氏名	同じ		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				
		<input 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	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			
	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						

私が受領する任意接種費用については、下記の口座への振り込みを依頼します。

振 込 先 口 座	金 融 機 関	銀行・農協 信用金庫								本店 支店・支所
		金融コード					支店コード			
	預 金 種 別	普通 ・ 当座								
	口 座 番 号									
	フ リ ガ ナ									
	口 座 名 義 人									
依頼人（申請者）氏名										

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は、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。
年 月 日 委任者氏名 _____

【誓約・同意事項】※該当する項目にチェックを入れてください。

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は、昭島市が必要と認める場合に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
この申請書を、昭島市において償還払いを決定した後は任意接種費用の請求書として取り扱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右記にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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
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か。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は相違があり、要件に該当しなかった場合には、償還払いを受けた額を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、運転免許証、健康保険証などいずれか
 - 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）
 - 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）
- ※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は追加の書類を求めることがあります。