

【記入例】

様式第1号（第4条関係）

名張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兼請求書

来庁日 年 月 日

名張市長 宛て

名張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実施要綱（令和4年名張市告示第105号）第4条第1項の規定により、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	ナバリ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	名張 花子		
	現住所	〒518-△△△△ 名張市○○○○○番地		
	電話番号	090-9999-9999		

※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		生年月日	平成 ○年○月○日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と異なる場合のみ記入			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ※申請者と異なる場合のみ記入			
	令和4年4月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒 ※現住所と異なる場合のみ記入			
	ワクチンの種類	<input checked="" 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	令和○年 ○月 ○日		
		2回目	令和○年 ○月 ○日		
		3回目	令和○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	△△△△△病院			
	所在地	名張市△△△△△番地			
	電話番号	0595-△△-△△△△			

※複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称・所在地・電話番号を記載してください。

○領収書がある方：領収書の金額（接種に要した費用）をご記入ください。
○領収書のない方：下記の表の金額をご記入ください。
【任意接種の接種年月日：償還額】
平成26年 4月1日～平成27年3月31日：16, 232円
平成27年 4月1日～平成31年9月30日：16, 384円
平成31年10月1日～令和 3年3月31日：16, 687円
令和 3年 4月1日～令和 4年3月31日：16, 753円

名張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請求書

年 月 日

交付決定された償還払いされる費用は、下記の指定口座への振り込んでください。

振込先口座	金融機関名	〇×						銀行 信用金庫 農協	□×			本店 支店 支所
	金融機関コード	1	1	1	1	支店番号	1	1	1			
	預金種別	普通・当座		口座番号		0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	ナバリ ハナコ										
	口座名義人	名張 花子										
申請者（請求者）氏名		名張 花子										

申請者と異なる名義の口座に振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。

年 月 日

申請者氏名 名張

申請者と口座名義人が異なる場合のみご記入・押印してください。

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

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を申請者が負担しましたか。	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
＜いいえの場合＞ 申請者は、本申請分の償還払いを受けることについて費用を負担した方に同意を得ていただき、その方の氏名を右欄にご記入ください。	同意を得た方の氏名： (名張 太郎)
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、名張市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 checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ
この申請書を、名張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り扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい □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欄にご記載ください。	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 回数 () 回 自治体名 ()
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。	□はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ
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か。	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ

同意を得た方の氏名をご記入ください。

【提出書類】

- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類のコピー（運転免許証、健康保険証など）
- 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）
- 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等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

【市事務処理欄】

支給決定日	支給決定指令番号	名張市指令第	号	事務処理者
-------	----------	--------	---	-------