

第1号様式（第5条関係）

藤枝市HPVワクチンの接種に係る費用の償還払申請書（被接種者が18歳未満の場合）

令和 4年 7月 1日

藤枝市長

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	フジエダ ハコ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	藤枝 花子		
	現住所	〒426- 藤枝市〇〇 1-1		
	電話番号	〇〇〇 - △△△△ - □□□□		

※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	フジエダ コナ	生年月日	平成19年7月1日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	藤枝 小花			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	<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 type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降9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		R1年 6月 1日		
		2回目		R1年 8月 1日		
		3回目		R1年 12月 1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	〇〇医院				
	住所	藤枝市 〇〇 100番地				
	TEL	054-〇〇〇-□□□□				
※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						

※申請金額は記入せず、来所してください。郵送で申請の場合はお問い合わせください。

私が受領する予防接種費用について、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	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所								
	金融機関コード	1	1	1	1	支店番号	2	2	2	
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座								
	口座番号	12345678								
	フリガナ	フジエダ ハコ								
口座名義	藤枝 花子									
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、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。

令和 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、藤枝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 <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、藤枝市において支給決定をした後は予防接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input checked="" 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載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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予防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 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 <input type="checkbox"/> 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 <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（両面）などいずれかひとつ
 - 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、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。