

別記様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係るワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

多治見市長

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		接種を受けた者との続柄
	氏名	(※) (※)本人が自署しないときは、押印してください。	
	現住所	〒	
	電話番号		

※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。

被接種者情報

フリガナ	□申請者と同じ		生年月日	年 月 日
氏名				
現住所	□申請者と同じ	〒		
令和4年4月1日時点の住所	□申請者と同じ	〒		
ワクチンの種類	□ 組換え沈降2価HPVワクチン			
	□ 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	
	2回目	円		
	3回目	円		円
接種医療機関	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				

私が受領する助成金について、下記口座へ振り込みを依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫・信用組合 農協							本店
		金融機関コード							支店
	支店番号							支所	
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
フリガナ 口座名義人									

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に関し、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）及び任意接種に係る情報について、多治見市が医療機関、官公署その他の関係機関に調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の HPV ワクチン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
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 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）
 - 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。
 - 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）などのいずれか一つ
 - 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込先口座の内容が分かるもの）
- ※必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。