

別記

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（あて先）京田辺市長

京田辺市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兼請求書

京田辺市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成要綱第4条の規定により次のとおり助成金の交付を申請し、助成金の交付が決定された場合は、交付決定額を請求します。

申請者	フリガナ		被接種者 との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請することができる者は、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		生年	年 月 日	
	氏名			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"/> 上記と同じ	〒			
	ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）				
	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			
接種医療機関	名称					
	所在地					
	電話番号					
※複数の医療機関で接種した場合は、以下に当該医療機関の名称、所在地及び電話番号を記載してください。						

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								

申請者氏名と異なる名義の口座に振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、上記口座名義人に助成金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	(印)

【同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

申請者と被接種者が異なる場合は、双方の記録事項及び医療機関等における情報について、市長が調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
要綱第5条の規定による助成金の交付決定後、この申請書を助成金の請求書として取り扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合は、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 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市区町村から助成を受けたことはありません。	<input type="checkbox"/>
(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合せを行いました。	<input type="checkbox"/>
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は、交付済みの助成金を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/>

【提出書類】

- 被接種者の氏名、住所及び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書類)※申請時における住所が記載された住民票、運転免許証、健康保険証(両面)等
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- 接種費用の支払を証明する書類(領収書、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)

※必要書類が不足している等の場合は、追加の書類提出を求めることがあります。