

HPV感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書

年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住 所 湯沢市

氏 名

被接種者との続柄(本人・父・母・その他( ))

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る。

HPV感染症に係る任意接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、申請にあたり申請者及び被接種者の個人情報、医療機関等に対する接種における事実の調査を行うことに同意します。

被接種者	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生 年 月 日	年 月 日	
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日 現 在 の 住 所	<input 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			
	予防接種を受けた日		接種を受けた医療機関	医療機関の住所	
	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	接 種 に 要 し た 経 費	1回目	円	合計 円	
2回目		円			
3回目		円			
振込先口座	金 融 機 関 名	銀 行 信 用 金 庫 農 協	本店 支店 支所	口座 科目	普通・当座
	口 座 番 号	フリガナ 口座名義			

添付書類 1 申請者及び被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等

2 振込先口座の通帳又はキャッシュカードのコピー

3 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）

4 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、接種済み証、予診票等の写し）

※上記3、4が確認できないときはHPV感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書（様式第2号）

市記入欄 住民基本台帳による確認事項			
(申請者)	記載事項との相違	あり ・ なし	
(被接種者)	令和4年4月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 湯沢市内	<input type="checkbox"/> 湯沢市以外(支給対象外)
		確認年月日	年 月 日