

様式第1号（第4条関係）

つくばみらい市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所
氏 名 印
続 柄
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せ

つくばみらい市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払いに関する要綱第4条の規定に基づき、次のとおり必要書類を添えて申請します。

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名				
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"/> 現住所と同じ	つくばみらい市		

接種ワクチンの種類	<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			
	住所			
	電話番号			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載				

裏面もご記入ください

私が受領する任意接種費用について、下記口座への振り込みを依頼します。

金融機関コード					支店番号			
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				支店			
口座番号								
口座種別	普通 ・ 当座							
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。	
年	月
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、つくばみらい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。	☐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記にご記入ください。	☐はい	☐いいえ
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	☐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	☐はい	☐いいえ

【申請に必要なもの】

- ① 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）
- ② 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の写し、予防接種済証等）
- ③ ①②が添付できない場合は、つくばみらい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用証明書（様式第2号）