

伊賀市長 様

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書

申請者	住所	〒		
	ふりかな 氏名			生年月日
				被接種者との続柄
	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す。

被 接 種 者	ふりかな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒				
	令和4年4月1日時点で伊賀市に住民登録をしていましたか 《 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ》					
	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 年 月 日 (申請分のみ記載)	1回目	年	月	日	医療機関名
		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		

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 農協		支店・本店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
※口座名義人の住所		〒		

※振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、口座名義人の住所及び下記委任状に記名押印が必要です。

委 任 状	
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。	
_____年 _____月 _____日	申請者 ㊟

【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、伊賀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 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へご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい _____回・_____ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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、支給済の費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 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）

<担当者使用欄>

受付印

- 4月1日時点
住基確認
- 領収書又は
証明書確認