

様式第1号 (第3条関係)

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

年 月 日

小田原市長 様

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		
	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	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	接種時の住所	<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			
	接種年月日及び金額 (請求分のみ記載)	1回目	年 月 日	円	
		2回目	年 月 日	円	
		3回目	年 月 日	円	
	申請金	計 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					

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

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										
依頼人（申請者）氏名										

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。	
令和 年 年 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、小田原市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、小田原市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
小田原市が実施する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自治体から償還払いを受けましたか。	<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、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します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等いずれかひとつ
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード等のコピー（口座番号等確認用）
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、予診票の本人控え等）
- 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）
※必要書類が不足している場合は、追加の書類を求めることがあります。