

記入例

別記様式第1号（第4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

令和 4年 10月 2日

野々市市長 宛

申請者（口座名義人と同一） <small>※申請者は、被接種者が18歳以上の場合は本人、18歳未満の場合は保護者となります。</small>	
現住所	〒921-8825 野々市市三納1丁目1番地
ふりがな氏名	ののいち はなこ 野々市 花子
電話番号	090 - 1111 - 2222
被接種者との続柄	本人・保護者

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	ふりがな氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (旧姓 ^{ののやま} 野々山 ^{はなこ} 花子)	生年月日	平成 9年 4月 2日 (25歳申請日現在)	
	現住所	〒	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	令和4年4月1日時点の住所	〒 野々市市	<input checked="" 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 checked="" 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	1回目	H (R) 2年 5月 1日 (接種時の自治体名 OO市)		
		2回目	H (R) 2年 7月 1日 (接種時の自治体名 野々市市)		
		3回目	H (R) 2年 11月 1日 (接種時の自治体名 野々市市)		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	15,000 円 (上限 15,000 円)	自治体から助成を受けた場合は、助成額を引いた額を記入してください。	
		2回目	15,000 円 (上限 15,000 円)		
		3回目	15,000 円 (上限 15,000 円)		
接種医療機関	名称	野々市クリニック			
	住所	野々市市三納3-128			
	電話番号	076-227-6000			
※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					

※以下記載不要

決定金額	1回目	円	合計	円
	2回目	円		
	3回目	円		

該当するものにチェック☑を
入れてください

【誓約・同意事項】

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、野々市市が必要と認めるときには調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> 同意します。
この申請書を、野々市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り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> 同意します。
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、他自治体での助成を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
助成を受けていた場合は、その助成金額を差し引いた金額を助成額とすることに同意しますか。	<input type="checkbox"/> 同意します。
提出に必要な書類の紛失により、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせをしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「支払い金額を証明する書類」が準備できない場合には、市の規定額が助成の上限となることに同意しますか。	<input type="checkbox"/> 同意します。
償還払いを行った後、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ことが発覚した場合、支給額の返還に応じます。	<input type="checkbox"/> 同意します。

振込先口座

金融機関名	本・支店名	普通	口座番号						
野々市 信用金庫	野々市 支店		1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 (申請者と同一 名義に限る)	フリガナ ノノイチ ハナコ								
	野々市 花子								

【提出書類】

申請日現在の氏名・住所等が確認できるもの

☑被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）

◎申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

☑振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認）

☑接種費用の支払いを証明する書類（原本）（領収書及び明細書、支払証明書等）

☑接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の写し等）

原本に申請済の印を押してお返しします

◎申請者と被接種者が異なる、必要書類が揃っていない場合は、申請書の提出を希望する医療機関の書類の提出をお願いすることがあります。

記録がない場合は、市指定の様式に医療機関で証明を記載してもらってください

※令和4年4月1日以降に公費負担で接種を受け、日時不明の公費負担をすでに受けた方は対象外となります。