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兼請求書

様

年 月 日

大口町長

(申請者) 住 所氏 名被接種者との続柄電話番号

標記について、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、申請が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

被接種者	フリガナ	□申請者			生年	年	月	日			
	氏 名	と同じ			月日						
	現住所	□申請者 と同じ	Ŧ								
	令和4年4月1日 時点の住所	□現住所 と同じ	₸								
	ワクチンの 種類	□ 組み換え沈降2価HPVワクチン									
		□ 組み換え沈降4価HPVワクチン									
	1里大只	□ 組み換え沈降9価HPVワクチン									
	予防接種を 受けた年月日	1回目	年		月	日					
		2回目	年		月	日					
	文げた十分日	3回目	年		月	日					
	申請金額(申請分のみ記載)	1回目		円		合計					
		2回目		円							
		3回目		円				円			
		名称・住所・電話番号									
	接種医療機関										
	※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										

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。

振込口	金融幾関名	銀 行 信 用 金 庫 農業協同組合					本店 支店 支所				
		金融機関コード					支店番	号			
	預金種別			普通	<u> </u>	•	当座				1
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。											
年 月 日 由書老氏名							(Fi	n l			
申請者氏名											
【同意事項】※下記事項に同意できましたら、□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、大口町が必要と認めるときは調											
査を行うことに同意します。 この申請書を、大口町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。 □											
	* . **	する項目の□に √ を	入れて	こくだる	さい。						
	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。						受けた自		□はい □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 自治体から費用の助成を受けたことがありますか。							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。						可否につ]はい	□\\\	いえ	
【提出書類】											
□被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し(申請書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(口座番号等確認用)											
□接種	□接種費用の支払いを証明する書類(母子健康手帳表紙及び予防接種の記録欄の写し等)										
※必要書類が不足している場合等、追加の書類を求めることがあります。											