

## ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種（全額自己負担）償還払い（払い戻し）申請書

下記のとおり、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、必要書類を添えて接種費用の償還を申請します。

（あて先）石狩市長

令和 年 月 日

【申請者】 （接種した方が18歳以上の本人又は17歳以下の方の保護者）

住所 〒

石狩市

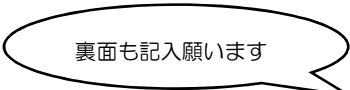
フリガナ

氏名

㊞

電話（日中間合せ連絡先）

被接種者との続柄：本人・保護者・成年後見人

フリガナ			生	年	月	日
予防接種を受けた方の氏名			平成	年	月	日
現在の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は記載不要 〒					
令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ場合は記載不要 〒					
受けた予防接種の種類	<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 <small>（申請分のみ記載）</small>	1回目	年	月	日	接種時年齢	歳
	2回目	年	月	日	接種時年齢	歳
	3回目	年	月	日	接種時年齢	歳
申請金額 <small>（申請分のみ記載）</small>	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は、下記に名称・住所・電話番号を記載						
 裏面も記入願います						

振込先口座 (本人又は 家族)	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		本・支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			
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、下記委任状が必要です。

<p>※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 月 日 申請者氏名</p>
---

**【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、石狩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
この申請書を石狩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にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ 回 自治体名
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
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、支給済み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】**

- 〈必須〉** 申請者の氏名・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）  
マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）、申請時住所記載の住民票などいずれかひとつ
  - 〈必須〉** 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（銀行名・支店名・口座番号等確認用）
  - 〈必須〉** 接種記録が確認できる書類のコピー  
（予防接種済証、予診票、母子健康手帳「予防接種の記録」欄などのいずれか1点）
  - 〈無くて可〉** 接種費用の支払いを証明する書類の原本（領収書および明細書、支払証明書等 返却できません）
- ※領収書は、総額のみが記載されたものではなく、金額の内訳がわかる診療明細書などの提出が必要です。  
 ※接種費用の支払いを証明する書類がない場合、当市の基準金額（申請日年度）を支給金額とします。  
 ※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

支給決定額 事務処理欄（市で記載）	円
-------------------	---