第１号様式（第４条関係）

郡山市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払申請書

令和　　年　　月　　日

郡山市長

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			

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ		生年月日	年　月　日
	氏名				
	現住所	□申請者と同じ	〒		
	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	□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）			
		□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（申請分のみ記載）	１回目	年　月　日		
		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		
	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										

代理による申請又は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、　　に接種費用の　　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

【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、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か。	□はい　□いいえ
償還払の決定後、本申請書を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。	□はい　□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。	□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。	□はい　□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。	□はい　□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。	□はい　□いいえ

【提出書類】

1　住民票、運転免許証、健康保険証等申請時における被接種者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し

2　金融機関の通帳、キャッシュカード等償還払の振込先口座が確認できる書類の写し

3　領収書及び明細書、支払証明書等接種に係る実費を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類の原本

4　母子健康手帳「予防接種の記録」欄、予防接種済証、接種済の記載がある予診票等対象者の接種記録が確認できる書類の写し

※必要書類が不足している場合等に、追加の書類を求めることがあります。