

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

令和 × 年 × 月 ×× 日

みよし市長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請日時点において、  
被接種者が未成年の場合は保護者が、  
成人の場合は本人が申請者です。

申請者	フリガナ	ミヨシ ハナコ	者との続柄	本人
	氏名	三好 花子		
	現住所	〒470-02XX みよし市〇〇町〇〇××番地×		
	電話番号	0561-XX-XXXX		

被接種者が成人であって、  
代理人が申請を行う場合は、  
別紙委任状が必要です。

※申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者です。

平成9年4月2日から平成17年4月1日生まれまでの方が  
対象となります。

被接種者	フリガナ	申請者	生年月日	平成×年×月××日	
	氏名	申請者と同じ	年月日		
	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	<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			
	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
	(申請分のみ記載)	1回目	XX, XXXX円	合計	XX, XXXX円
		2回目	XX, XXXX円		
3回目		XX, XXXX円			
接種医療機関	名称	医療法人 〇〇会 〇〇〇〇クリニック			
	住所	〇〇市〇〇町〇〇××番地××			
	TEL	XXXX-XX-XXXX			
※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					

令和4年4月1日時点でみよし市に住民票のなかった方は、  
みよしの助成事業の対象外となりますので、住民票の  
あった市町村にお尋ねください。

2価・4価以外のワクチン、海外で接種した  
ワクチンについては助成対象外です。

高校2年生以降、かつ令和3年度末日までに  
自費で接種したものが対象です。

私が受領する任意接種費用助成金について、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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〇〇〇〇</span> <span>銀行 信用金庫 農協</span> <span>〇〇</span> </div>								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	XXXXXXXXXX								
	フリガナ	ミヨシ ハナコ								
口座名義人	三好花子									
依頼人（申請者）氏名 三好花子										

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、上記口座名義人に任意接種費用助成金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、みよし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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、みよし市において交付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 checked="" 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 checked="" 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費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は相違があり交付要件に該当しなかった場合には、受領済みの助成金を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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（口座番号等確認用）

接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。

接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※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。