〔令和７(2025)年度版〕

みよし市任意予防接種費用助成事業　申請書（令和７年度）

〔男性のヒトパピローマウイルス感染症〕

みよし市長　様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。
なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日 （接種日）	令和　　年　　月　　日		
申請者 (保護者氏名)		電話番号 (携帯電話)	
被接種者 （予防接種を受ける者）	(ふりがな)	生年月日	年　　月　　日
住　　所	みよし市		
回　　数 (該当する回数に✓)	□　１回目　　□　２回目　　□３回目		

申請にあたり、以下のことについて誓約します。（※全てに✓が必要です。）

□　接種時点でみよし市に住民登録があり、助成対象年齢であること

□　虚偽の情報により申請をしないこと

種　類	対象	１回あたりの助成額*1	回数
男性のヒトパピローマウイルス感染症	小学６年生～高校１年生の年齢に相当する男性	16,841 円	上限３回

*1：助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

〔医療機関の方へ〕
1　記入漏れがないか確認をお願いします。
2　本申請書のみ報告書に添付して市へ請求してください。
　予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて
　照会させていただくことがあります。
3　接種医療機関名等を記入してください(ゴム印可)。

接種医療機関
医療機関コード
医療機関名称