

様式第1号（第6条関係）

北杜市HPV感染症に係る任意接種費助成金交付申請書

令和 年 月 日

北杜市長 様

標記について、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			

※申請できるのは、接種を受けた本人（被接種者）又は被接種者が未成年者のときはその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ				
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組み換え沈降4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			
		3回目	年 月 日			
	申請金額	1回目	円	合計		
		2回目	円			
3回目		円	円			
接種医療機関	名称					
	住所					
	電話					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称、住所及び電話番号を記載						

裏面もご記入ください

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。

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望するときは、下欄に記入をお願いします。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p>
--

【同意・確認事項】※該当する項目にチェックを入れてください。

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、北杜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
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欄にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分のHPV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
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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※「キャッチアップ接種」とは、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第1条の3第1項の表中ヒトパピローマウイルス感染症の項下欄第2号に該当することにより実施される定期接種をいう。

【添付書類】

(1) 接種費用を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類（領収書、明細書等。原本に限る。）

※領収書、明細書等がないときは、北杜市HPV感染症に係る任意接種費助成金交付申請用証明書（様式第2号）を添付してください。

(2) 申請者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し

(3) その他市長が必要と認める書類