

(様式第5号)

年 月 日

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い請求書

伊丹市長 様

※太枠内をご記入ください。

申請者	現住所	〒		電話番号	()
	フリガナ			被接種者 との続柄	
	氏名				
被接種者	現住所				
	2022年4月1日 の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記と異なる 伊丹市			
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				

償還払いおよび償還額の決定を受けましたので、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払いを請求します。下記の金融機関口座へ振込みを依頼します。

請求金額	円
------	---

振込 口座	金融機関名				銀行・農協・信金・信組
	支店名		支店・支所		
	普通 当座 その他	口座番号	フリガナ		
			口座名義人		

別紙 申請額等確認書

フリガナ				生年			
被接種者 氏名				月日	年	月	日
ワクチン 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	1回目	年	月	日	接種時の 年齢 (学年)	歳(年)	
	2回目	年	月	日		歳(年)	
	3回目	年	月	日		歳(年)	
申請金額	回数			金額	①か②の低い方		
	1回目	①接種費		16,698円			
		②支払い限度額					
	2回目	①接種費		16,698円			
		②支払い限度額					
	3回目	①接種費		16,698円			
		②支払い限度額					
				合計			

接種医療 機関	名称		電話 番号	
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名・電話番号を記載			

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

1.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)および他の自治体、医療機関等における情報について、本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
2.令和4年4月以降にキャッチアップ接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい _____回 <input type="checkbox"/> いいえ
3.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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4.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
5.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】 次の書類を添付し、☑をお願いします。

- 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)
※申請時住所記載のマイナンバーカード、運転免許証等(写真あり)1種類か、健康保険証(両面)、住民票等(写真なし)は2種類
- 振込先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー(口座番号等確認用)
- 接種費用の支払いを証明する書類(領収書および明細書、支払い証明書等)(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、または予診票、もしくは様式第2号)