

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 狭山市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用の助成を受けたいので、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又はその保護者に限ります。

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）				
		□組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード9）				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目		年	月	日 (価)
		2回目		年	月	日 (価)
		3回目		年	月	日 (価)
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					
	電話番号					
※複数の医療機関で接種した場合は、この欄に名称・住所・電話番号を記載してください。						

私が受領する助成金について、下記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									

申請者氏名と異なる名義の口座への振込を希望される場合は、下記委任状欄に記入してください。

※ 委 任 状	
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。	
年 月 日	申請者氏名

【確認事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

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 type="checkbox"/> いいえ <u>33</u> 回 ・ <u>3</u>
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 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

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

狭山市は、助成金の交付の可否を審査するために、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）等の個人情報の確認を行います。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
狭山市は、申請者が予防接種を受けた医療機関に問い合わせを行う場合があります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、狭山市において支給決定をした後は、任意接種費用の請求書として取り扱います。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、支給済みの費用の返還を行う場合があります。	<input 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）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写し（口座番号等確認用）
※通帳及びキャッシュカードがないオンラインバンクの場合は、金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義人が記載されている部分の写し
 - 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）
 - 接種費用の支払いを証明する書類（領収書、明細書又は支払証明書等）の原本
- ※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。