第１号様式（第４条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金交付申請書

年　　月　　日

富里市長　　様

次のとおり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		被接種者との続柄	
	氏　　名			
	現　住　所	〒		
	電話番号			

被接種者	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日	年　　月　　日	
	住　　所	〒	
	□上記住所が、令和４年４月１日現在と同じである		
ワクチンの接種状況について	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）	
		接種年月日	支払額
	１回目	年　　月　　日	円
	２回目	年　　月　　日	円
	３回目	年　　月　　日	円
	申請額合計		円
	接種医療機関	名　　称	
		住　　所	
		電話番号	

※裏面もご覧ください。

<table>
<tr><td rowspan="4">振込口座</td><td colspan="2">銀行・農協
金庫・組合</td><td>本　店
支　店
出張所</td></tr>
<tr><td>普 通 ・ 当 座</td><td>口 座 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">申請書の審査のため住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

申請者氏名</td></tr>
</table>

申請者氏名と異なる名義の口座に振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

【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、富里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。	□はい□いいえ
この申請書を、富里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うことに同意しますか。	□はい□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記載してください。	□はい□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。	□はい□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合せを行いましたか。	□はい□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、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	□はい□いいえ

添付書類

1　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）
　※申請時の住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）のいずれか
2　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）
3　接種費用の支払を証明する書類の原本（領収書及び明細書、支払証明書等）
4　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）
5　その他市長が必要と認める書類