

令和4年4月1日時点で常総市に住民登録がない方は、常総市に申請することができません。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

常総市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について常総市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。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は、支給済みの費用を返還することに同意します。

※申請できるのは接種を受けた本人（18歳以上）、又はその保護者に限ります。

申請者	フリガナ				被接種者から			
	氏名				みた続柄			
	現住所	〒						
	電話番号							
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				生年	平成 年	
	氏名				月日	月 日		
	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	〒 常総市					
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）						
接種年月日 (本申請分のみ記入)		※常総市記入欄						
		接種費用 (A)	償還払い上限額 (B)			請求金額		
		<small>※(A)と(B)のいずれか少ない額</small>						
年 月 日		円	円			円		
年 月 日		円	円			円		
年 月 日		円	円			円		
接種費用合計金額		円	/					
交付決定合計金額		/						円
振込先口座	金融機関名				支店名			
	口座種別 (○で囲む)	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							
申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">申請者氏名</div>							

【誓約・同意事項】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  いいえ

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。 \_\_\_\_\_ 回/自治体名

・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

【注 意 事 項】記入を誤った場合は、修正テープなどは使用せずに新しい用紙に改めてご記入ください。

以下の書類を添付してください。

□被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※申請時住所記載の住民票，運転免許証，健康保険証（両面）などいずれか1つ

□申請者と被接種者が異なる場合，申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※申請時住所記載の住民票，運転免許証，健康保険証（両面）などいずれか1つ

□接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄，接種済証等いずれか1つ）

※母子健康手帳の「予防接種の記録」欄の写しを提出する方は，「出生届済証明」欄の写しも必要です。

※接種記録がお手元がない場合は，接種を受けた医療機関に「ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書（様式第2号）」を記入してもらい，原本を添付してください。

なお，書類の発行にかかる文書料は償還払いの対象外です。

□接種費用の支払いを証明する書類の原本

※被接種者氏名，接種年月日，ワクチンの種類または名称，ワクチンごとの料金，医療機関名が分かるもの。領収書にこれらのものが記載されていない場合は，明細書の添付も必要です。

※紛失等により提出できない場合は，必須ではありません。その場合の償還額は，接種日の属する年度における常総市が定めるヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種の委託料の額となります。