

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償還払い申請書

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

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	セト ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	瀬戸 花子		
	現住所	〒489-0919 瀬戸市川端町1-31		
	電話番号	0561-85-5090		

※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	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者		生年月日	H10年4月 2日	
	氏名	と同じ				
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒			
	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 checked="" 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	平成30年5月1日			
		2回目	平成30年7月1日			
			平成30年11月1日			
	申請金額 (申請分のみ記載)		接種に要した費用 (A)	上限額(B)※ (消費税含む)	申請額 (A又はBのいずれか 低い額)	申請額合計
1回目			16,000円	17,853円 12,000円	16,000円	48,000円
2回目			16,000円	17,853円 12,000円	16,000円	
3回目			16,000円	17,853円 12,000円	16,000円	
接種 医療機関	名称	〇〇クリニック				
	住所	瀬戸市〇〇町△丁目□番地				
	電話	0561-××-××××				
複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話を記載						

領収書（原本）がない場合は  
未記入にすること

※要綱第4条第1項第1号に規定する領収書原本の添付がある場合の上限額は17,853円、添付がない場合の上限額は12,000円とする。

私が受領する任意接種費用について、下記口座へ振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	000		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	セト ハナコ									
	口座名義人	瀬戸 花子									
依頼人（申請者）氏名 瀬戸 花子											

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。

令和 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、瀬戸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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、瀬戸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扱うことに同意しますか。	<input checked="" 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ご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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
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 checked="" 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）等いずれかひとつ
- 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（領収書及び明細書、支払証明書等）※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」欄の写し等）

※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。