

記入例

（被接種者本人が申請する場合）

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4年6月9日

鹿児島市長 殿

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、裏面記載の【誓約・同意事項】の記載内容に同意し、記載事項に相違ないことを誓約します。

| | | | | |
|-----|------|--------------------------|-------------|----|
| 申請者 | フリガナ | カゴシマ ハナコ | 接種を受けた者との続柄 | 本人 |
| | 氏名 | 鹿児島 花子 | | |
| | 現住所 | 〒892-8677 鹿児島市山下町11-1 | | |
| | 電話番号 | 012-3456-7890 | | |

※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 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者 | カゴシマ ハナコ | 生年 | 平成14年4月2日 | |
| | 氏名 | と同じ | 鹿児島 花子 | 月日 | | |
| | 現住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒 | 申請者と同じ場合は、省略可 | | |
| | 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 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン | | | | |
| | 予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載) | 1回目 | 年 | | | |
| | | 2回目 | 年 月 日 | | | |
| | | 3回目 | 令和4年 | 3月 | 31日 | |
| | 申請金額 (申請分のみ記載) | 1回目 | 円 | | | |
| 2回目 | | 円 | | | | |
| 3回目 | | 16,000 円 | | | | |
| 接種医療機関 | 名称 | 〇〇〇病院 | | | | |
| | 住所 | 鹿児島市〇〇町〇〇番地 | | | | |
| | TEL | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記にその他の接種医療機関の名称・住所・TELを記載 | | | | | | |

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|------------------------------------|---|---|---|------|---|---|---|--|
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 薩摩 本店 信用金庫 店 農協 支所 | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 支店番号 | 5 | 6 | 7 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | | | | | | | |
| | 口座番号 | 1234567 | | | | | | | | |
| | フリガナ | カゴシマ ハナコ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 鹿児島 花子 | | | | | | | | | |
| 依頼人（申請者）氏名 鹿児島 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】

| | | |
|--|---|---------------------------|
| 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被接種者が令和4年4月1日以降に接種を受けている場合、「はい」に☑し、その接種回数と接種時の住民票のある自治体名をご記入ください。 | 関等における情報について、鹿児島公署その他関係機関に対し、必要な確認若しくは聴取を行うことに同意する。 | — |
| や相違がある場合は、支給済みの費用を返還することに同意する。 | 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する。 | — |
| 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。 | | ☑はい □いいえ 2回・〇〇市 |
| 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い合わせを行いましたか。 | | ☑はい □いいえ |

☑必須

【提出書類】

☑必須

☑被接種者の氏名、住所及び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申請者の氏名、住所及び生年月日が記載された住民票、運転免許証等の写し）を提出すること。）※申請時住所記載の住民票、運転免許証等の写しを提出してください。

☑任意

☑振込希望先金融機関名（1つ目、2つ目の☑は必須です）

☑必須

☑接種費用の支払いを希望する自治体名（市町村）

☑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、追加の書類提出を求められることがあります。

記入例

（被接種者の保護者が申請する場合）

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4年6月9日

鹿児島市長 殿

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、裏面記載の【誓約・同意事項】の記載内容に同意し、記載事項に相違ないことを誓約します。

| | | | | |
|-----|------|--------------------------|-------------|---|
| 申請者 | フリガナ | カゴシマ タロウ | 接種を受けた者との続柄 | 父 |
| | 氏名 | 鹿児島 太郎 | | |
| | 現住所 | 〒892-8677 鹿児島市山下町11-1 | | |
| | 電話番号 | 012-3456-7890 | | |

※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 | <input type="checkbox"/> 申請者 | カゴシマ ハナコ | 生年 | 平成14年4月2日 | |
| | 氏名 | と同じ | 鹿児島 花子 | 月日 | | |
| | 現住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒 | 申請者と同じ場合は、省略可 | | |
| | 令和4年4月1日時点の住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所 と同じ | 〒 | サーバリックス | | |
| | ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン | | ガーダシル | | |
| | 予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載) | 1回目 | 年 | 3月 31日 | | |
| | | 2回目 | 年 | 月 日 | | |
| | | 3回目 | 令和4年 | 3月 31日 | | |
| | 申請金額 (申請分のみ記載) | 1回目 | 円 | 合計 16,000円 | | |
| | | 2回目 | 円 | | | |
| 3回目 | | 16,000円 | | | | |
| 接種医療機関 | 名称 | 〇〇〇病院 | | | | |
| | 住所 | 鹿児島市〇〇町〇〇番地 | | | | |
| | TEL | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記にその他の接種医療機関の名称・住所・TELを記載 | | | | | | |

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|----------|---|---|---|------------------|---|---|----------|--|
| 振込先口座 | 金融機関名 | 薩摩 | | | | 銀行 信用金庫 農協 | | | 本店 支所 | |
| | 金融機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 支店番号 | 5 | 6 | 7 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | | | | | | | |
| | 口座番号 | 1234567 | | | | | | | | |
| | フリガナ | カゴシマ タロウ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 鹿児島 太郎 | | | | | | | | | |
| 依頼人（申請者）氏名 鹿児島 太郎 | | | | | | | | | | |

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】

| | | |
|--|---|--------|
| 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被接種者が令和4年4月1日以降に接種を受けている場合、「はい」に☑し、その接種回数と接種時の住民票のある自治体名をご記入ください。 | 関等における情報について、鹿児島公署その他関係機関に対し、必要の確認若しくは聴取を行うことに同意する。 | — |
| 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被接種者が令和4年4月1日以降に接種を受けている場合、「はい」に☑し、その接種回数と接種時の住民票のある自治体名をご記入ください。）や相違がないことを確認し、必要に応じて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する。 | — | — |
| 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。 | ☑はい □いいえ | 2回・〇〇市 |
| 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い合わせを行いましたか。 | ☑はい □いいえ | |

☑必須

【提出書類】

☑必須

☑被接種者の氏名、住所及び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申請者の氏名及び住所記載の住民票、運転免許証の写し等）を提出してください。 ※申請時住居を提出する書類に☑してください。

☑任意

☑振込希望先金融機関の口座番号等確認用（1つ目、2つ目の☑は必須です）

☑必須

☑接種費用の支払いを証明できる書類（領収書等） ※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、追加の書類提出を求められることがあります。