様式第１号（第６関係）

盛岡市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費助成事業申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　盛岡市長　様

　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 |  | 被接種者との続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 現 住 所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

※申請者は被接種者（接種を受けた者）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 |
| □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　　月　　日 |
| ２回目 | 　　　　年　　月　　日 |
| ３回目 | 　　　　年　　月　　日 |
| 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、下記に名称・住所・TELを記載 |

　私が受領する給付金について、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に振込を希望する場合は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、盛岡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、盛岡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。 | □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の欄に記入してください。） | □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い合わせを行いましたか。 | □はい　　□いいえ |
| 申請内容に偽りがあった場合や相違により支給要件に該当しなかった場合には、支給済の費用を返還することに同意しますか。 | □はい　　□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）などいずれかひとつ

□振込先口座の通帳の写し等（金融機関名、店番号、口座番号、カナ氏名が確認できる箇所の写し）

□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）

□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又は必要書類が不足している等の場合には、追加の書類を求めることがあります。