

記載例

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

令和 4年 10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	モリオカ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	盛岡 太郎		
	現住所	〒 020-0000 盛岡市神明町●番●号	被接種者が18歳未満の場合は保護者の申請	
	電話番号	123-4567-8901		

※申請者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"/> 申請者と同じ	モリオカ ハナコ	生年月日	平成 9年 4月 2日	
	氏名		盛岡 花子			
	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				
		<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	令和3年12月 1日			
		2回目	令和4年 1月 15日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	18,000円			合計 36,000円
		2回目	18,000円			
		3回目	円			
	接種医療機関	名称	●●医院			
住所		盛岡市●●一丁目100番100号				
TEL		123-456-7890				
※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	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 信用金庫 <input checked="" type="checkbox"/> 農協				<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所			
	金融機関コード	●	●	●	●	支店番号	●	●	●
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座							
	口座番号	12345678							
	フリガナ	モリオカ タロウ							
	口座名義人	盛岡 太郎							
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 ⑩

【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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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右の欄に記入してください。）	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <u>1回・盛岡市</u>
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 checked="" 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。	<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）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。