

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

年 月 日

岸和田市長 様

現住所

申請者 氏名 (被接種者との続柄)

電話番号

被接種者 氏名 (平成 年 月 日生)

現住所

住所 (R4.4.1時点) 岸和田市 町

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の支給を受けたく、以下のとおり申請・請求します。

接種ワクチン	ワクチン種類 ※いずれかに○	接種日	医療機関名	接種費用 (実費額)	還付基準限度額	請求額	同日接種 の種類
ワクチン	・サーバリックス (組換え沈降2価HPVワクチン)	年 月 日		円	円	円	種別目
	・ガーダシル (組換え沈降4価HPVワクチン)	年 月 日		円	円	円	種別目
		年 月 日		円	円	円	種別目
* 対象となるのは接種費用のみで、本申請のために要した文書料等は対象外です。 * 請求額は、接種費用(実費額)と還付基準限度額を比較し、いずれか少ない方の金額です。						合計請求金額	円

下記の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行・信組 信金・農協	支店名	本店・()支店 ※ゆうちょ銀行の場合は、漢数字3桁を記入してください。			
	口座種別	普通・当座・その他()	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						

* 振込先は原則申請者名義のものに限ります。
振込先名義が異なる場合は、必ず右記受領委任欄を記入。

受領委任欄

受領を上記の口座名義人に委任します。申請者

制約・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双方の登録事項)及び医療機関等における情報について、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 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記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input 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。(※他の自治体から助成を受けている場合は対象外です。)	<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条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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

事務処理欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 被接種者の身分が確認できるもの <input type="checkbox"/> 接種が確認できる書類 (母子健康手帳・済証・予診票等) <input type="checkbox"/> 領収書・支払証明書等 <input type="checkbox"/> 通帳・キャッシュカード(写し)	確認日	年 月 日	確認者	確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他()
		支給決定日	年 月 日	支給決定額	円		