

記入誤りの場合は、訂正印の押印か『○カ所訂正 岸和田 太郎 (申請者名)』と空いている箇所に記入ください。

還払い申請書兼請求書

R4年 9月 1日

申請者の氏名等をご記入ください。
未成年(18歳未満)の方は保護者となります。

現住所 岸和田市岸城町7-1

氏名 岸和田 太郎 (被接種者との続柄 父)

電話番号 072 - 423 - 8811

被接種者(予防接種を受けた方)の氏名等をご記入ください。

被接種者 氏名 岸和田 花子 (平成 16年 12月 2日生)

現住所 岸和田市岸城町7-1

住所(R4.4.1時点) 岸和田市 町 同上

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 (組換え減毒2価HPVワクチン)	R3年8月1日	〇〇病院	10,000円	円	円	種別目
	○ <u>ガーダシル</u> (組換え減毒4価HPVワクチン)	R3年10月1日	〇〇病院	10,000円	円	円	種別目
		R4年2月1日	〇〇病院	10,000円	円	円	種別目
合計請求金額							円

* 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。

下記の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	<u>岸和田</u> <u>銀行</u> 信組 信金・農協	支店名	<u>本店</u> ・()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	<u>普通</u> 当座・その他()	口座番号	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u>
	(フリガナ)	<u>キシワタ タロウ</u>	口座名義人	<u>岸和田 太郎</u>

振込先は、申請者名義の金融機関の口座をご記入ください。
申請者以外の振込先を希望される場合は、受領委任欄も記入してください。(例：申請者の配偶者の口座等)

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 _____

同意事項	接種者が異なる場合は双方の登録事項)及び医療機関を右記に記入してください。	<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、接種内容をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

全ての項目にをしてください。

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		