

様式第1号

ヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種自己負担額補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 _____
(請求者) 氏名 _____
電話番号 () _____
予防接種を受けた者との続柄 () _____

次のとおりヒトパピローマウイルス感染症任意予防接種自己負担額補助金の交付を申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された補助金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

予 防 接 種 を 受 け た 者 の 氏 名		予 防 接 種 を 受 け た 者 の 生 年 月 日	年 月 日	
予 防 接 種 の 種 類	☐ 2 価 (サーバリックス) ☐ 4 価 (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 月 日		
	2 回 目	年 月 日		
	3 回 目	年 月 日		
申 請 額	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は、この欄に名称、住所及び電話番号を記載				
振 込 口 座	金 融 機 関 名		支 店 名	
	預 金 の 種 類	普通 ・ 当 座 ・ その他 ()		
	口 座 番 号			
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人			

【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、必要な範囲において、申請者及び申請者の世帯に係る必要な住民基本台帳等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は、申請者が必要な書類を提出することに同意します。	☐ 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欄にご記載ください。	☐ 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合せを行いましたか。	☐ はい ☐ いいえ

【添付書類】

- ☐ 接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※写しでも可。
☐ 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場合、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。