

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成申請書・請求書

年 月 日

那須町長 様

住 所

申請者

氏 名

印

(電話番号

)

被接種者との続柄 本人 保護者

標記について、関係書類を添付のうえ、下記のとおり請求します。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	生年月日		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	

接種状況		1回目	2回目	3回目
	接種日		年 月 日	年 月 日
種 別		定期・任意・キャッチアップ [°]	定期・任意・キャッチアップ [°]	定期・任意・キャッチアップ [°]
自己負担額 (任意の場合)		円	円	円
		助成 あり・なし	助成 あり・なし	助成 あり・なし
接種医療機関名				
ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)		

(裏面もあります)

振 込 先 金 融 機 関 名				口 座 番 号	
銀 行 本店 農 協 支店 信用組合 出張所 信用金庫				普通 当座	
				口 座 名 義	
				フリガナ	
ゆうちょ銀行	店名		店番		

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、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
年 月 日
申請者氏名

【誓約・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、那須町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
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要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

【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）の原本
 - 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証又は接種済の記載がある予診票等）の写し
- *必要書類が不足している場合等は追加の書類を求めることがあります。

※ここから下は記入しないでください。（請求後に保健センターで記入します。）

	年齢	接種年月日	LOT No.	助成額
確 認				
助成金交付決定額				