

様式第1号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成申請書

令和 年 月 日

（あて先）前橋市長

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		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるの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		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日の住所	<input 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 type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	接種日 ※申請分のみ記載	1回目	年 月 日	接種費用 <input type="checkbox"/> 領収書提出なし	円	接種費用合計
		2回目	年 月 日		円	
		3回目	年 月 日		円	
	接種医療機関	名称				
住所						
TEL						
※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						
※市記載欄	助成額	1回目	円	助成額合計		
		2回目	円			
		3回目	円			円

※助成額の上限は前橋市が定める1回 16,610 円です。

※領収書等接種費用が分かる書類の提出がない場合は、上記の額の助成となります。

私が受領する任意接種費用助成について、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	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
		金融機関コード	支店コード
	預金種別	普通 ・ 当座 ※どちらかに○を付けてください	
	口座番号	※右詰で記入してください	
	フリガナ		
口座名義人			
依頼人（申請者）氏名			

※金融機関コード及び支店コードが不明の場合は記入不要です。

■申請者氏名と異なる名義の口座に振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助成の受領に関する一切の権限を委任します。
令和 年 年 日
申請者氏名

【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、前橋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
前橋市において費用助成の決定をした後は、この申請書を任意接種費用助成の請求書として取扱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 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 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費用助成要件に該当しなかった場合には、本市から交付された助成金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）※原本に限ります。

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、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。