

文京区長 殿

## 文京区HPV感染症に係る任意接種費用償還払い申請書

このことについて、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	フンキョウ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	文京 花子		
	現住所	〒112-8555 文京区春日1-16-21		
	電話番号	●●-XXXX-▲▲▲▲		

※ 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。

接種を受けた者	フリガナ		生年月日	和暦または西暦 年 ●月 ●日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と同じ場合でも必ずご記入ください。		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		2価（サーバリックス）または4価（ガーダシル）のどちらかになります	
	予防接種を受けた年月日（申請分のみ記載）	1回目	和暦または西暦 年 ●月 ●日		
		2回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日		
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	●●●●●円	合計	●●●●●円
		2回目	●●●●●円		
3回目		●●●●●円			
接種医療機関	名称	●●クリニック			
	住所	●●●●			
	TEL	●●-XXXX-▲▲▲▲			
※ 複数の医療機関で接種した場合 この欄に名称・住所・TELを記載					

(裏面)

【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（申請者と接種を受けた者が異なるときは、双方の記録事項）及び医療機関等における情報について、区が必要と認めたときは調査を行うことに同意しますか。	<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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ●回・●●区
本申請分のHPV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。	<input checked="" 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合せを行いましたか。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 接種を受けた者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し（申請時の住所が記載された住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等のうち、いずれか一つ）※ 申請者と接種を受けた者が異なるときは、双方のもの
- 接種費用の支払を証明する書類（領収書、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）
- 請求書兼口座振替依頼書（別記様式第2号）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

※ 申請者と接種を受けた者が異なる場合、必要書類が不足している場合等に、追加の書類を求めることがあります。

領収書の提出が困難な場合はチェックは不要です。