

別記様式第1号（第4条関係）

栃木市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
申請書兼請求書

令和 年 月 日

（宛先）栃木市長

栃木市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を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、償還払いの決定後、償還払い金を次の口座に振り込むよう請求します。

| | | | | |
|-----|------------|------------------------|-----------------|--|
| 申請者 | ふりがな 氏名 | (自署しない場合は、記名押印してください。) | 接種を受けた 者との続柄 | |
| | 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 | ふりがな 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年 月日 | 年 月 日 | |
| | 現住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |
| | 令和4年4月1日 における住所 | <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 | | | |
| | 任意接種を受け 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 | | |
| | 申請金額 | 1回目 | 円 | 合計 | 円 |
| | | 2回目 | 円 | | |
| 3回目 | | 円 | | | |
| 接種 医療 機関 | 所在地 | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に所在地、名称及び電話番号を記載してください。 | | | | | |

| | | | | |
|-------------|---|----------------|------|-----------------|
| 振 込 先 | <input type="checkbox"/> 私は、償還払い金の受領に関する一切の権限を下記の口座名義人に委任します。 <input checked="" type="checkbox"/> 償還払い金の受領に関する一切の権限を委任する場合は、 <input type="checkbox"/> 欄にレ印を記載してください。 | | | |
| | 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | | 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | |
| | (フリガナ) 口座名義人 | | | |

【確認・同意事項】 ※該当する方の 欄にレ印を記載してください。

| | |
|--|--|
| 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、双方のもの）及び医療機関等における情報について、栃木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 |
| キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数及び接種を受けた自治体名を右欄に記載してください。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・ |
| 本申請分の任意接種に係る接種費用について、他の自治体から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 |
| 申請内容に偽りがあった場合又は事実と相違があり支給要件に該当しなかった場合には、受給した償還払い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】

- 被接種者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 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
- 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）