

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助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（提出先）川越市長

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。

該当する項目に☑を入れてください。

被接種者	フリガナ	☐申請者 と同じ	生年月日	平成 年 月 日		
	氏名					
	現住所	☐申請者 と同じ	〒			
	令和4年4月1日 時点の住所	☐現住所 と同じ	〒			
	ワクチン の種類	☐組換え沈降2価HPVワクチン ☐組換え沈降4価HPVワクチン				
	予防接種を受けた年月日と 自己負担額	1回目		2回目		3回目
		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日
		領収書 ☐有 ☐無 円		領収書 ☐有 ☐無 円		領収書 ☐有 ☐無 円
	申請金額	円		円		円
		※1回あたりの上限は17,820円 領収書がない場合は1回あたり15,000円 合計 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						

私が受領する助成金について、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					支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
口座名義人										
依頼人（申請者）氏名										

申請者氏名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 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、川越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 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）※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、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等）の写し
※接種記録が確認できる書類を提出できない場合は「ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金交付申請用証明書（様式第2号）」の提出をもって代用することが可能です。
- 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
- 現住所が川越市でない場合は、被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（申請時住所記載の住民票、運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証などいずれかひとつ）の写し

注) 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。