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償還払い申請書兼請求書

　　　　年　　月　　日

八頭町長　宛て

　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、次のとおり申請請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 任意接種を受けた者との続柄 |  |
| 氏名 | 印 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |

※申請できるのは、任意接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 任意接種を受けた者 | フリガナ | | □申請者  と同じ |  | | 生年月日 | 年  　　　月　　　日 |
| 氏名 | |  | |
| 現住所 | | □申請者  と同じ | 〒 | | | |
| 令和４年４月１日時点の住民登録地 | | □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 | | | | |
| 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  (請求金額)  (内訳の合計額。内訳は、申請分のみ記載) | | 円 | | 内訳 | | |
| １回目 | 円 | |
| ２回目 | 円 | |
| ３回目 | 円 | |
| 接種医療機関 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| ※　複数の医療機関で接種した場合は、下記にその名称、所在地及び電話番号を記載 | | | | | | |

【誓約・同意事項】※該当する項目にチェックを付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の住民基本台帳（任意接種を受けた者と申請者とが異なる場合は、双方の記録事項）及び医療機関における情報について、八頭町が必要と認めるときは調査をすることに同意しますか。 | □はい　　　□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記にご記載ください。 | □はい　　　□いいえ  (接種回数)　　　　　　　回  (自治体名) |
| この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。 | □はい　　　□いいえ |
| 必要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。 | □はい　　　□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。 | □はい　　　□いいえ |

【必要書類】

　□　接種費用を支払ったことを証明する書類の原本（領収書及び明細書、支払証明書等）

　□　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）

　□　振込口座の通帳（八頭町に口座登録をしていない場合・登録口座を変更する場合）

※　償還払い費用は八頭町に登録されている口座に振り込みます。口座登録をされていない方は登録をお願いします。

　※　任意接種を受けた者と申請者とが異なる場合、必要書類が不足している場合等は、追加の書類の提出を求めることがあります。