

(表)

様式第1号 (第4条関係)

寄居町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

寄居町長

下記によりヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金については、下記口座への振り込みを希望します。

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	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	氏名				
	生年月日	年 月 日 (歳 ヲ月)			
	予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)			
	予防接種年月日 および 申請(請求)金額 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日	円	合計 円
		2回目	年 月 日	円	
		3回目	年 月 日	円	
接種医療機関名					
※複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称・住所・TELを記載					

(裏)

振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 本店 信用組合 支店	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込を希望される場合、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 月 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、当町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
この申請書を、当町において支給決定をした後は任意接種費用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欄にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい 回・ <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分のヒトパピロー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

※添付書類	<input type="checkbox"/> 被接種者の氏名・住所・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） <input type="checkbox"/> 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証等） <input type="checkbox"/> 予防接種料金の支払額を証する領収書および明細書（原本） <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できるものの写し		
※受付年月日	年 月 日	第	号

※欄は記入しないでください。