

様式第1号（第4条関係）

東松山市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東松山市長

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			

※申請者は、接種を受けた本人又は保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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	〒		

※以下について、交付の対処となるヒトパピローマワクチンの接種についてのみ記載して下さい。

※負担した金額が不明である場合は、「不明」に○をしてください。

接種状況	接種回数 接種日	ワクチンの種類	負担した金額	助成金額	接種医療機関	接種時の 住民市 町村名
	1回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル <input type="checkbox"/> _____	_____円 不明 (15,000円)	_____円	名称：_____ 住所：_____ 電話：_____	
2回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル <input type="checkbox"/> _____	_____円 不明 (15,000円)	_____円	名称：_____ 住所：_____ 電話：_____		
3回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル <input type="checkbox"/> _____	_____円 不明 (15,000円)	_____円	名称：_____ 住所：_____ 電話：_____		
合計金額			_____円	_____円		

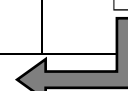
助成金については、以下の指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 支所		
	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、上記口座名義人に給付金の受領に関する一切の権限を委任します。  
令和 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、東松山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
東松山市において支給決定をした後は、この申請書を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
令和4年4月1日以降、キャッチアップ接種を受けましたか。 はいの場合、接種回数と接種日を以下にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1回目（ . . . ） 2回目（ . . . ） 3回目（ . . . ）	
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等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
この申請が偽りその他不正な手段により助成金の受給を受けようとするものでないことを誓約しますか。 (不正に助成金を受給したことが判明したときは、交付した助成金の全額について返還を求めます。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 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）※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
  - 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）
  - 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「予防接種の記録」欄の写し等）
- ※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。