

尾張旭市長 殿

申請者 氏名 **尾張 花子**
住所 〒 466-0000
名古屋市00区00 000-00
電話 090-0000-0000 ※日中連絡の取れる番号

※ 申請者は接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

ヒトパピローマウイルスワクチン任意接種費用助成金交付申請書

尾張旭市ヒトパピローマウイルスワクチン任意接種費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、ヒトパピローマウイルスワクチン任意接種費用助成金の交付を申請します。

| | | | | | | |
|---|--|--|-----------|------------------------------|--|------|
| 予防接種を受けた方 | フリガナ 氏名 | オワリ 尾張 | ハナコ 花子 | 申請者との続柄 | 本人 | |
| | 生年月日 | 平成 16 年 7 月 7 日 | | | | |
| | 住所 ※令和4年 4月1日時点 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ(□に✓) 〒488-0000 尾張旭市00町000-00 | | | | |
| | 現在の住所 ※上記と異なる 場合 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ(□に✓) 〒 | | | | |
| ワクチンの種類 ※□に✓ | <input type="checkbox"/> サーバリックス(組換え沈降2価) <input checked="" type="checkbox"/> ガーダシル (組換え沈降4価) | | | | | |
| 予防接種を受けた年月日 ※今回申請する分の □に✓ | <input type="checkbox"/> | 1 回目 | H・(R) | 3 年 | 3 月 | 31 日 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 回目 | H・(R) | 3 年 | 5 月 | 7 日 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 回目 | H・(R) | 3 年 | 10 月 | 6 日 |
| 申請金額 ※金額が不明の場合は 空欄にしてください | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 回目 | | 15,800円 | 合計 | |
| | <input type="checkbox"/> | 3 回目 | | 15,800円 | 31,600円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 回目 | | 円 | ※金額が不明の場合は空欄にしてください | |
| 接種した医療機関 | 名称 | 00000クリニック | | | | |
| | 住所 | 名古屋市00区00町00-00 | | | | |
| | 電話 | 052-0000-0000 | | | | |
| 【誓約・同意事項】 <input type="checkbox"/> に✓ ※左列に <input checked="" type="checkbox"/> がある場合は申請不可 | | | | | | |
| 上記の申請内容について住民基本台帳及び医療機関等の情報について尾張旭市が必要に応じて調査を行うことに同意しますか。 | | | | <input type="checkbox"/> いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい | |
| キャッチアップ接種を受けましたか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 自治体名() 回数 (回) | |
| ヒトパピローマウイルスワクチン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 checked="" type="checkbox"/> いいえ | |
| 「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」で接種を受けましたか。 | | | | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | |
| 提出に必要な書類を紛失・破棄している場合、接種医療機関等に再発行の可否について問い合わせを行いましたか。 | | | | <input type="checkbox"/> いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい | |
| 申請内容に偽りがあった場合や相違があり、交付要件に該当しなかった場合には、交付済の費用を返還することに同意しますか。 | | | | <input type="checkbox"/> いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい | |

【添付書類】  を入れてください。領収書の返却を希望する場合は、領収書の裏面に「返却希望」と記入してください。

- ワクチン名、接種回数、金額(1回あたり)のわかる領収書・明細書又は支払証明書(いずれかの原本)
 母子健康手帳の接種記録、接種証明書、もしくは接種済であることがわかる予診票(いずれかの写し)

| 決 裁 | | | | 上記内容を確認の結果 | | |
|-----------------|------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | がよろしいか | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 交付決定する | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 不交付決定する | | |
| ○確認事項 | | 住民登録(令和4年4月1日時点) | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし(対象外) | |
| ○添付書類 | | <input type="checkbox"/> 領収書等 | <input type="checkbox"/> 接種記録 | | | |
| 決定通知書の発行番号及び発行日 | | | 令和 | 健 | 第 | 号 |
| | | | 年 | 月 | 日 | |