

滝沢市長 様

子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用の助成申請書兼請求書

子宮頸がん予防ワクチンの任意接種費用の助成を受けたいので、滝沢市子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者 (請求者)	フリガナ		接種を受けた者 との続柄	
	氏名	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	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"/> 現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価子宮頸がん予防ワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価子宮頸がん予防ワクチン			
	予防接種を 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		
	(申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
		2回目	円		
		3回目	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					

(裏面があります)

【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、滝沢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・_____
本申請分の子宮頸がん予防ワクチンの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

【振込先】

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合								本店・支店 本所・支所 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ								
口座名義人									

【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
- 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。
- 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）