様式第１号（第４条関係）

子宮頸がん任意予防接種費用補助金交付申請書

年　　月　　日

ふじみ野市長　宛て

子宮頸がん任意予防接種費用補助金について交付を受けたいので、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	㊞ ※　自署の場合は、押印不要です。		
	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	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日時点の住所	□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			
	予防接種を受けた日（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（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、この欄に名称・住所・ＴＥＬを記載				

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫　　本店・支店 信用組合・農協　　出張所
	種別	普通　・　当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

申請者と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、次の委任状を記載してください。

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市が必要と認めるときは、市が調査を行うことに同意しますか。	□はい □いいえ
この申請書を市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。	□はい □いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。 「はい」の場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を右の下線部分に御記入ください。	□はい □いいえ 回・＿＿＿＿＿＿
この申請分の子宮頸がん予防ワクチン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。	□はい □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合せを行いましたか。	□はい □いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は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

【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）※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

□　被接種者先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し

□　接種費用の支払いを証明する書類（領収書、接種費用証明書等）※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場合や必要書類が不足している場合などに追加の書類を求めることがあります。