

第1号様式（第4条関係）

日進市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金申請書兼請求書

年 月 日

日進市長 宛て

日進市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要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

|     |      |   |             |
|-----|------|---|-------------|
| 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                                  | フリガナ                     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ         | 生年月日                | 年 月 日                          |   |
|                                       | 氏名                       |   |                     |                                |   |
|                                       | 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HPVワクチン |                     |                                |   |
|                                       |                          | <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン |                     |                                |   |
|                                       | 予防接種を受けた年月日<br>(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 |
|                                       | 接種回数                     | 接種費用(A)円                                | 助成限度額(B)円<br>※ 市が記入 | 助成金額(A)(B)のうち<br>低い金額 円 ※ 市が記入 |   |
|                                       | 1回目                      |   |                     |                                |   |
|                                       | 2回目                      |   |                     |                                |   |
|                                       | 3回目                      |   |                     |                                |   |
|                                       | 合計請求額 ※ 市が記入             |   |                     |                                |   |
| 接種医療機関                                | 名称                       |   |                     |                                |   |
|                                       | 所在地                      |   |                     |                                |   |
|                                       | 電話番号                     |   |                     |                                |   |
| ※ 複数の医療機関で接種した場合、この欄にその名称・所在地・電話番号を記載 |                          |   |                     |                                |   |

※ 補助対象者が未成年者の場合は、保護者が申請してください。

(裏面もご確認ください。)

(裏面)

|                       |       |                  |                 |
|-----------------------|-------|------------------|-----------------|
| 振<br>込<br>先<br>口<br>座 | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 |
|                       | 預金種別  | 普通 ・ 当座          |                 |
|                       | 口座番号  |                  |                 |
|                       | フリガナ  |                  |                 |
|                       | 口座名義人 |                  |                 |

※ 振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、この委任状に記入が必要です。

委任状

申請者（委任者）氏名 \_\_\_\_\_

私は、この補助金の受領に関することを以下の者に委任します。

受任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (申請者との続柄 \_\_\_\_\_)

<添付書類>

- 1 組換え沈降2価HPVワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチンの任意接種を受け、その実費を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類の原本（領収書等（接種者氏名、接種年月日、予防接種名、金額及び医療機関名が記載され、押印されたもの））
- 2 次に掲げるいずれかの書類
  - (1) 接種記録の記載を受けた親子健康手帳（母子健康手帳）の写し
  - (2) 接種済証の写し
  - (3) 接種済みの記載がある予診票等の写し
  - (4) (1) から (3) までの書類がない場合にあっては、日進市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金申請用証明書（第2号様式）

誓約事項（□に✓を入れてください。）

申請に当たり、次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 1 他の地方公共団体から同種同様の補助金を受けていないこと。
- 2 本申請により市が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了承すること。