様式第１号（第４条関係）

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

支給申請書（請求書）

年　月　日

　　日置市長　　　　　　様

申請（請求）者　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

被接種者との続柄（　　　）

電話番号

　　ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を受けたので、次のとおり助成金を支給くださるよう、関係書類を添えて申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  接  種  ※申請分のみ記載 | 接種回数 | ワクチンの種類 | | | 接種年月日 | | 申請金額 | |
| １回目 | □組換え沈降２価  □組換え沈降４価 | | | 年　月　日 | | 円 | |
| ２回目 | □組換え沈降２価  □組換え沈降４価 | | | 年　月　日 | | 円 | |
| ３回目 | □組換え沈降２価  □組換え沈降４価 | | | 年　月　日 | | 円 | |
| 合　　　計 | | | | | | 円 | |
| 接種医  療機関 | 所 在 地 | |  | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、以下に名称等を記載 | | | | | | | |

　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫  信組・農協  漁協・信漁連  その他（　　　　） | | 本店・支店  本所・支所  出張所・本店営業部  その他（　　　　）  ※ゆうちょ銀行の場合は、３桁の店番を記入 | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座  その他（　　　　　　） | 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への振込みを希望される場合は、下欄に記入をお

　　願いします。

|  |
| --- |
| 私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。  　　　　　年　月　日  申請（請求）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、  日置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。 | □はい  □いいえ |
| この申請書を、日置市において支給決定をした後は助成金の請  求書として取り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、接種回  数と接種を受けた自治体名を右欄に御記載ください。 | □はい  　回・  □いいえ |
| 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  なかった場合は、支給済の助成金を返還することに同意します  か。 | □はい  □いいえ |

　【提出書類】

　□申請者及び被接種者の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し

　□接種費用を支払ったことを証明できる書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

　□接種記録を確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

　□振込先を確認できる通帳、キャッシュカード等の写し