

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償還払い申請書兼請求書

年 月 日

青森市長 宛

標記について、次のとおり必要書類を添えて申請しますので、指定口座への振込みをお願いします。

なお、償還払いの決定に当たり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、当該申請書は、市において償還払いを行うことを決定した後は請求書として取扱うことに同意します。

申請者	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		

※申請者は、申請時点で被接種者が成人（18歳以上）の場合は本人、未成年（18歳未満）の場合は保護者に限ります。

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	〒 青森市		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	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					

申請金額（申請分のみ記載）

※太枠内は記入しないでください。

接種回数	接種年月日	支払額（A）	上限額（B）	償還額 (A)、(B)いずれか低い額
1回目	年 月 日	円	1回あたり 16,775 円 (領収書等ない場合は 14,000 円)	円
2回目	年 月 日	円		円
3回目	年 月 日	円		円
			合計	円

裏面もあります

振込先口座	金融機関名						本・支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座						
	口座番号							右づめで記入
	フリガナ							
	口座名義人							

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※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			印

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

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。	☐はい ☐いいえ _____回・_____
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い合わせを行いましたか。	☐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。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- ☐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）
- ☐債権者情報登録（口座振替依頼）書（新規）
- ☐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）

※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。