

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申請書兼請求書

下記の通り、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	⑩	
	現住所	〒	
	電話（日中連絡先）		

※申請者は接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

下記について確認・同意の上、酒田市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を申請します。

○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、確認をさせていただくことがあります。

○以下の場合には本市からの助成金の支給対象になりません。また本市からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、本市より支給した助成金を返還していただきます。

- ・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、本市又は他の自治体から費用の助成を受けている場合
- ・令和4年4月以降、本申請分のキャッチアップ接種を受けた場合
- ・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

《被接種者、申請額内訳》

※太枠は担当課で記入

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
氏名			( 歳)
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	〒	
予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載) ↓申請分に「○」を記入	接種金額 文書料 (A)	上限額 (B)	申請額 (A)と(B) のうち少ない額
1回目 年 月 日	円	円	円
2回目 年 月 日	円	円	円
3回目 年 月 日	円	円	円
文書料 回目接種分	円	1,100円	円
文書料 回目接種分	円	1,100円	円
文書料 回目接種分	円	1,100円	円
申請合計額			円

《添付書類》

- (1) 申請者、被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
- (2) 接種した医療機関等の領収書の原本（予防接種の内訳がわかるもの）
- (3) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (4) 予防接種の記録、接種費用を証明する書類を発行した場合、領収書の原本（文書料） ※裏面あり

《振込先》

金融機関名	銀行・金庫・農協		支店・支所							
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号							
ゆうちょ銀行	店名		口座番号							
口座名義人 (カナ)	( )									

※申請者と口座名義人が異なる場合記入してください

委 任 状

令和 年 月 日

酒田市会計管理者 宛

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

任意予防接種費用助成の受領に関する一切の件