

様式第1号（第4条、第9条関係）

小金井市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

（宛先） 小金井市長

標記について、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	印	
	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		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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（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）			
	予防接種を受けた年月日 （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（請求）金額 （申請分のみ記載）	回数	サーバリックス又はガーダシルを接種し、医療機関へ支払った実費額	上限額	申請（請求）する接種料相当額
		1回目	円	円	円
		2回目	円	円	円
		3回目	円	円	円
合計				円	
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載					

下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店・出張所 支店 支所		
		金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	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
	受任者氏名
	住所

【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記にご記入ください。	☐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

【誓約・同意事項2】※該当する場合は理由の記入及び署名をしてください。

・接種費用の支払いを証明できる書類を提出できない理由は、以下のとおりです。

理由：

氏名：

【添付書類】

- 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し、医療機関が発行する証明書、本市所定の様式第2号等）
- 接種費用の支払いを証明できる書類（領収書、明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 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）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）
- 接種記録が確認できる書類（本市所定の様式第2号等）の発行に係る費用（文書料）の支払いを証明できる書類（領収書、明細書、支払証明書等）原本

※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。