

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請書及び請求書

（申請日） 年 月 日

長久手市長 殿

子宮頸がん予防ワクチン任意接種に係る費用の償還払いを、下記のとおり書類を添付のうえ申請します。長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い要綱を遵守します。

※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。

※申請者	ふりがな氏名			被接種者との続柄 本人・母・父・その他（ ）	
	現住所	〒		電話番号	
被接種者	ふりがな氏名	（□申請者と同じ）		生年月日	平成 年 月 日生
	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） 〒			

1. 助成申請金額

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）			
接種年月日・回数 （申請分のみ記載）		接種費用(A) （不明の場合不明と記載）	市記入欄	
			市の償還額(B)	決定金額※
1回目	H・R 年 月 日	円	円	円
2回目	H・R 年 月 日	円	円	円
3回目	H・R 年 月 日	円	円	円
※実施医療機関	住所	合計助成金額		
	医療機関名			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名・住所を記入				
				円

※「(A)と(B)を比較して、金額が低い方が決定金額となります。

2. 振込先

振込先金融機関	銀行 農協 信金	支店名	支店 出張所 本店	口座種目 普通・その他（ ）				
	ふりがな 口座名義人	申請者との続柄		口座 番号				

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、下の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）

### 3. 誓約・同意事項（項目に☑してください）

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）、接種日時点の住民基本台帳の登録自治体及び、医療機関等における情報について、長久手市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
長久手市に申請した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はありません。	<input type="checkbox"/> はい
長久手市が償還払いを行った後、申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかったことが判明した場合には、長久手市から支給を受けた費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい

#### <添付資料>

##### 1. 接種記録が確認できる書類

「母子健康手帳、予防接種済証または接種済の記載がある予診票など」の写し」または「接種医療機関が作成した、『長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書』の原本」

##### 2. 接種費用の支払いを証明できる書類（領収書、支払証明書等）の書類

領収書、支払証明書等、明細などで「接種日」「接種回数」等の接種記録が確認できる場合は、「1. 接種記録が確認できる書類」としても提出することができます。コピーで申請をする場合は、申請時にコピーと原本を併せて提出してください（確認後、原本をお返しします）。

「接種医療機関が作成した、『長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書』の原本」に接種金額が記載されている場合は、「1. 接種記録が確認できる書類」としても提出することができます。

接種費用の支払いを証明できる書類は、なくても申請することはできますが、その場合、助成金額は基準単価から事務費を除いた額となります。

※申請者と被接種者が異なる場合や、必要項目の確認のためなどで追加で書類の提出を求められます。