

豊橋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

令和 年 月 日

豊橋市長 様

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	トヨハシ ハナ	接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	豊橋 花子		
	現住所	〒441-8359 豊橋市中野町字中原100番地		
	電話番号	0532-39-9109		

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成15年5月1日	
	氏名				
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" 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	令和3年	4月	10日
		2回目	令和3年	6月	10日
		3回目	令和3年	10月	11日
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	16,000円	合計 <div style="border: 2px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; text-align: center;">こちらは記入しないでください。</div>	
2回目		16,000円			
3回目		16,000円			
接種医療機関名 (市町村)	とよはし医院 (豊橋市)				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名（市町村）を記載					
予防接種費用として支払った金額のみ記入。領収書がない場合は記入しないでください。					

私が受領する任意接種費用について、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	とよはし <b>銀行</b> 信用金庫 中野 本店 <b>支店</b> 農協 支所								
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	1	2	3	
	預金種別	<b>普通</b> ・ 当座								
	口座番号	1234567								
	フリガナ	トヨハシ ジュウ								
口座名義人	豊橋 順子									

申請者氏名と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

依頼人（申請者）氏名

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。

令和 ○年 ○年 ○日

申請者氏名 豊橋 花子

【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、豊橋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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、豊橋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扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

令和4年4月1日以降の公費負担による接種です。

【提出書類】

- 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コピー（口座番号等確認用）
- 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）

※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。