様式第１号

# ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金請求書

年　　月　　日

東　広　島　市　長　様

申請（請求）者　住所
氏名
電話番号　（　　）　　－
被接種者との続柄
※申請できるのは、接種を受けた本人、又はその保護者に限る。

<table>
<tr><td rowspan="15">被接種者</td><td>フリガナ<br>氏　　名</td><td>□申請者と同じ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>現　住　所</td><td>□申請者と同じ</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>令和４年４月１日時点の住所</td><td>□申請者と同じ</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ワクチンの種類</td><td colspan="5">□組換え沈降 2 価 HPV ワクチン（サーバリックス）</td></tr>
<tr><td colspan="5">□組換え沈降 4 価 HPV ワクチン（ガーダシル）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">予防接種を受けた年月日<br>（申請分のみ記載）</td><td>1 回目</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>2 回目</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>3 回目</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">申請金額</td><td></td><td colspan="2">受診費用（申請分のみ記入）</td><td colspan="2">対象分（市記入）</td></tr>
<tr><td>1 回目</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>2 回目</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>3 回目</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>合計</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種医療機関</td><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>TEL</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">※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</td></tr>
</table>

私が受領する任意接種費については、下記指定口座への振込を依頼します。

振　込　先

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名<br>店舗名 | 銀行・金庫<br>農協・組合 | | | | | 支店・本店<br>支所・出張所 | | | |
| 預金種別<br>口座番号 | 普通・当座 | | | | | | | | ※右詰めで記入すること。 |
| 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、下記の記入をお願いします。

委任状

私は、次の者を代理人と定め、受診費用の助成の申請（請求）及び受給を委任します。

年　　月　　日

氏　名　　㊞

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 代理人 | 住　所 | | 電話番号 | （　　）　　－ |
| | フリガナ | | 申請（請求）者との続柄 | |
| | 氏　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |

※代理人は保護者、同一の世帯員、法定代理人に限る。

【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、東広島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 |
| キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合、接種回数と接種をうけた自治体名を右記にご記入ください。 | □はい　□いいえ<br>回（　　） |
| 本申請分の子宮頸がん予防ワクチン（ＨＰＶワクチン）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 |
| 申請（請求）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」、医療機関発行の証明書等）

□接種費用の支払いを証明できる書類の原本（領収書、明細書、支払証明書等）