

第1号様式（第4条関係）

（表）

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

武蔵村山市長 殿

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	㊟		
	現住所	〒		
	電話番号			

※ 申請者は、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 type="checkbox"/> 申請者と同じ	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"/> 申請者と同じ			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
	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	
	申請金額※ (申請分のみ記載)	1回目	円	(市記入欄) 償還請求額合計	
		2回目	円		
		3回目	円		
	接種医療機関	名称			
住所					
電話					
複数の医療機関で接種した場合は、その名称・住所・電話番号を記載してください。					

※ 申請金額については、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種に要した費用の額が確認できる領収書等の添付がない場合の償還払いの額は、1回の接種につき、市が武蔵村山市医師会との間で締結した令和3年度の予防接種委託契約に基づくHPVワクチンの定期接種の単価額となります。

(日本産業規格A列4番)

(裏)

私が受領する任意接種費用については、下記の口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協								本店 支店 出張所
	金融機関コード						支店コード			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
口座名義人										
依頼人（申請者）氏名										

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望する場合は、下欄に記入をお願いします。

<b>※委任状</b>	
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	
委任者氏名 _____	

【誓約・同意事項】※該当する項目にチェックを入れてください。

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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、市において償還払いを決定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。	<input 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御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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合せを行いましたか。	<input 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、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】書類の再発行等に要した文書料等については、償還払いの対象にはなりません。

- (1) 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、健康保険証などいずれか
  - (2) 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）
  - (3) 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
  - (4) 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）
- ※ 記載に誤りがある場合や必要書類が不足している場合には、訂正や書類の追加提出を求めることがあります。