

様式第1号（第3条関係）

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

佐世保市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、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、佐世保市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名	㊞	
	現住所	〒 ※建物名・部屋番号まで	
	電話番号		

注) 申請できるのは接種を受けた本人、ただし、未成年又は被後見人の場合は保護者

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年	平成	
	氏名		年月日	年 月 日	
	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	佐世保市		
	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	平成・令和	年	月	日
	2回目	平成・令和	年	月	日
	3回目	平成・令和	年	月	日

申請額	接種回数	接種費用負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (A)と(B)のうち少ない方
	1回目	円 (□不明)	円	円
	2回目	円 (□不明)	円	円
	3回目	円 (□不明)	円	円
	合計額			円

注) 接種費用が不明の場合、「不明」に☑してください。

注) 太枠内は記入しないでください。

振込先口座	金融機関名				本・支店名					
	預金種別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。

【提出書類】

- 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、接種済証等）…①
- 接種費用の支払いを証明する書類（被接種者名・ワクチン名・医療機関名のわかる領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。…②
- (上の①または②がない場合)ヒトパピローマウイルス感染症にかかる任意接種償還払い申請用証明書
- 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）

※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。