

第1号様式

町田市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

町田市長 様

申請者	氏名	
	住所	〒
	電話番号	

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

予防接種を受けた方	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
	住所 (2022年4月1日現在)	〒 町田市		

※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。

接種回数	接種年月日	接種を受けた医療機関	ワクチンの種類	申請額
1回目	年 月 日		<input type="checkbox"/> サーバリックス (組み換え沈降2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (組み換え沈降4価)	円
2回目	年 月 日		<input type="checkbox"/> サーバリックス (組み換え沈降2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (組み換え沈降4価)	円
3回目	年 月 日		<input type="checkbox"/> サーバリックス (組み換え沈降2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (組み換え沈降4価)	円
申請金額計				円

添付書類チェック欄

- 接種費用の支払を証明する書類 (領収書 支払済書など)
- 接種記録が確認できるものの写し (母子手帳、予防接種済証または接種済の記載がある予診票など)

交付決定通知書の送付先 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた方の住所 <input type="checkbox"/> その他 (〒)

【裏面もあります】

【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、町田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
この申請書を町田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 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 type="checkbox"/> いいえ 接種回数 _____ 回 自治体名 _____
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い合わせを行いましたか。	<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