

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	町田市 太郎
	住所	〒194-8888 町田市森野2-2-22
	電話番号	000-0000-0000

申請者は、接種を受けた方または保護者のいずれかです。振込先の名義人と同一にしてください。

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	マキダシ ハナコ	申請者との続柄	子
	氏名	町田市 花子		
	生年月日	2000年 1月 1日	性別	女
	住所 (2022年4月1日現在)	〒194-8888 町田市 森野2-2-22		

金額が不明の場合は空欄で構いません。町田市から医療機関に確認いたします。(医療機関にて金額が確認できない場合は、1回あたり上限額の18,300円で助成します)

※申請できるのは接種を受けた本人、又

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	2019年 4月 1日	〇〇クリニック	<input checked="" 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)	15,000円
2回目	2019年 6月 1日	〇〇クリニック	<input checked="" 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)	15,000円
3回目	2019年 10月 1日	〇〇クリニック	<input checked="" 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)	15,000円
申請金額計				45,000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

- 申請者の住所 予防接種を受けた方の住所
- 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。

<p>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。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>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。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>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。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ 接種回数 _____ 回 自治体名 _____</p>
<p>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。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>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。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>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。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>