

神栖市HPVワクチン任意接種費用助成申請書

令和〇年 〇月 〇日

神栖市長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

①申請者	フリガナ 申請者氏名	カミス ハナコ 神栖 花子	被接種者 との続柄	本人
	現住所	〒314-0121 茨城県神栖市溝口1746-1		
	電話番号	0299-92-0141		

※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。

②被接種者	被接種者について、下記の質問にご回答ください。（すべて「はい」と答えた方が対象です）				
	・令和4年4月1日時点にて、神栖市に住民登録がありますか。 （神栖市から転出された方は、令和4年4月1日時点で神栖市に住民登録がありましたか。）			<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・生年月日は、平成9年4月2日から平成17年4月1日までの間ですか。			<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・接種日は、高校2年生の年度から令和4年3月31日までの間ですか。			<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	フリガナ 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ	生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒		
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と 同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input checked="" 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	令和2年 4月 1日		
		2回目	令和2年 6月 1日		
3回目		令和2年 10月 1日			
申請金額 （申請分のみ記載）	1回目	17,000 円	合計	51,000 円	
	2回目	17,000 円			
	3回目	17,000 円			
接種医療機関	名称	〇〇〇クリニック			
	住所	茨城県神栖市×××1-1-1			
	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇			
※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 実際にかかった「接種費用」をご記入ください。接種費用を証明する書類がない場合は、「市の定める額」である <u>16,500 円</u> となります。					

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

③振込先口座	金融機関名	〇〇〇〇		銀行 信用金庫 農協	×××	本店 支店 出張所				
	預金種別	普通	当座	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	フリガナ 口座名義人	カミス タロウ 神栖 太郎								

「①申請者」の氏名と「③振込先口座」の口座名義人が異なる場合、下欄に記入をお願いいたします。

※委任状

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。
令和〇年 〇月 〇日
申請者氏名 神栖 花子

※裏面へ続きます。

【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、神栖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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、神栖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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	回()	
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

【神栖市確認】

【提出書類】

1	申請者の本人確認書類の写し【運転免許証、マイナンバーカード（表面）、旅券等】 ※窓口申請の場合は、目視確認となりますので、添付不要です。	<input type="checkbox"/>
2	被接種者の氏名・申請時住所・生年月日が確認できる書類の写し 【運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード（表面）、旅券等、申請時住所記載の住民票】	<input type="checkbox"/>
3	申請者と被接種者の関係性が確認できる書類の写し 【母子健康手帳（P1. 出生届出済証明欄）、戸籍謄本等】 ※申請者と被接種者が同一又は、申請時に双方が神栖市に住居登録があり同一世帯の場合は、添付不要です。	<input type="checkbox"/>
4	母子健康手帳（P1. 出生届出済証明欄）の写し ※下記（5）として、母子健康手帳の「予防接種の記録」の写しを添付する方のみ、必要です	<input type="checkbox"/>
5	接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の「予防接種の記録」等）の写し ※接種記録がお手元でない場合は、「様式第2号 神栖市 HPV ワクチン任意接種費用助成申請用証明書」の原本の提出で代用可能です	<input type="checkbox"/>
6	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）の原本 ※添付必須ではありません。ただし、添付のない場合は償還額が最低基準単価（円）となります。支払証明書は接種した医療機関へ発行を依頼してください。その際の費用は、自己負担となります。	<input type="checkbox"/>

【確認事項】

今までに HPV ワクチンの定期接種及び償還の記録がないこと ※定期接種の記録は、健康管理システム→予防接種管理→HPV ワクチンで日付入力の有無を確認 ※償還払いの記録は、桐を確認	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

宛名番号	
確認者	