

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

上三川町長 様

上三川町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要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請いたします。

なお、申請に際し、以下のことに同意します。

- ・申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、上三川町が必要と認める時は調査を行うこと。
- ・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。

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	(携帯電話など平日日中連絡が取れる番号)		

※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。

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					
	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	〒			
	申請金額 (申請分(自費で接種した分)のみ記載)	接種1回目		円	合計	円
		接種2回目		円		
		接種3回目		円		
	接種医療機関	名称				
住所						
TEL						
※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						

(裏面あり)

私が受領する任意接種費用について、下記の指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
口座名義人									

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※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。	
年 月 日	申請者氏名

【添付書類】

(必ず添付いただく書類)

- 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（両面）等いずれかひとつ
- 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類（口座番号等確認用）
- 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）
（接種記録が確認できる書類を紛失等の理由でご用意できない場合は、接種を受けた医療機関が発行する「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用証明書（別記様式第2号）」をご提出ください。なお、証明書発行の際に文書料が必要となる場合がありますが、発行にかかる文書料は償還払いの対象外です。また、医療機関での記録の保存期限が過ぎている等の理由で、証明書の発行ができない場合がございます。）

(無くても申請可能な書類)

- 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）※原本に限ります
（接種を受けた医療機関が発行する「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用証明書（別記様式第2号）」に接種費用が記載されている場合は、そちらをご提出いただくことも可能です。証明書発行の際に文書料が必要となる場合がありますが、発行にかかる文書料は償還払いの対象外です。なお、接種費用の支払いを証明する書類は無くても申請可能ですが、その場合、上三川町の基準単価により償還額を決定します。）

※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。