

様式第1号（第4条関係）

北本市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和4年〇月〇日

(宛先) 北本市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな	きたもと さくら		接種を受けた者との続柄	母
	氏名	北本 桜			
	現住所	〒364-●●●● 北本市本町●-● ●●マンション●●●●			
	電話番号	090-●●●●-●●●●			

※申請者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	ふりがな		きたもと なつき	生年月日	H16年8月8日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	北本 夏希		
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所	〒		

どちらかにチェックを入れる
 サーバリックス：組換え沈降2価HPVワクチン
 ガーダシル：組換え沈降4価HPVワクチン
 ※なお、シルガード9：組換え沈降9価HPVワクチンは助成対象外です

※以下の接種医療機関に接種してください。
 ※負担した金額が不明な場合は「不明」に○を記入してください。不明な金額の場合は「不明」に○を記入してください。

接種状況	接種回数	ワクチン種類	負担金額	接種医療機関	住所	電話番号
	1回目 (R3年5月1日)	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガーダシル	不明 (17,000円)	北本市	北本●●●●医院	北本市本町●●-●
2回目 (R3年9月1日)	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input checked="" type="checkbox"/> ガーダシル	18,000円 不明 (17,000円)	北本市		同上	
3回目 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	円 不明 (17,000円)				

金額が分からない場合は、「不明」に○

医療機関が同じ場合は「同上」と記入

私が受領する助成金について、以下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	北本	本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	フリガナ	キタモト タロウ			
	口座名義人	北本 太郎			

7桁を記入

ゆうちょ銀行の場合は、漢数字を記入

※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、委任状

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4年 ○月 ○日

申請者氏名 北本 桜

申請者と振込先の名義が異なる場合に記入

【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、北本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
キャッチアップ接種（令和4年4月1日以降に実施した公費による接種）を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた市町村名を記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 回（ ）
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、他の市町村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 checked="" 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合せを行いましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は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

【提出書類】

- 被接種者の氏名、住所及び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1つ
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- 実費額及び接種回数を証明できる書類（原本に限る。）※領収書、支払証明書等
- 助成金の交付を受けようとする者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は予防診票等の写し