

様式第1号（第6条関係）

嘉麻市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）嘉麻市長 様

標記について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※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。

※被接種者が18歳以上の場合、被接種者以外が申請するときは別途委任状をご提出ください。

被接種者	ふりがな	<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	〒			
	ワクチンの種類	<input 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	年	月	日	
		2回目	年	月	日	
		3回目	年	月	日	
	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を記入してください。						

申請額	接種回数	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
	1回目	円	円	円
	2回目	円	円	円
	3回目	円	円	円
	合計金額	円	円	円

※太枠内は記入しないでください。

【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）及び医療機関における情報について、嘉麻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
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 回数： 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

【添付書類】

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）

※申請時住所記載の運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

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）

※申請者と被接種者が異なる場合や、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。