

記入例

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

令和4年6月1日

新宿区長 宛て

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	フリガナ	シジユク ホケンジョ	接種を受けた者との続柄	本人	
	氏名	新宿 保健所			
	現住所	〒 160-0022 東京都新宿区新宿 5-18-21 第二分庁舎			
	電話番号	03-5273-3859			

※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			生年月日	1997年 4月 2日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	1997年 4月 2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 type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
			<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
			<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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	2021年 5月 10日			
		2回目	2021年 7月 10日			
		3回目	2021年 11月 10日			
申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	17,578円	合計			
	2回目	17,578円				
	3回目	17,578円		52,734円		
接種医療機関	名称	新宿保健所クリニック				
	住所	東京都新宿区新宿 5-18-21 第二分庁舎				
	TEL	03-5273-3859				
※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						

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。

振込先口座	金融機関名	甲乙丙			銀行 信用金庫 農協	新宿	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
	フリガナ	シジユク ホケンジョ					
口座名義人	新宿 保健所						
依頼人（申請者）氏名		新宿 保健所			新宿印		

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。	
令和	年 月 日
申請者氏名 印	

【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、新宿区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、新宿区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
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 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 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い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

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、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。