

長泉町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

年 月 日

長泉町長 様

助成金の交付を受けたいので、長泉町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要綱第4条の規定により、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		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	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	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	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
	申請金額 （申請分のみ記載）	1回目	円	合計	円
		2回目	円		
		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					

裏面もご記入ください。

【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）及び医療機関等における情報について、長泉町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
市区町村から送付された接種券や予診票により、無料で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・ _____
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

【提出書類】

- 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）などいずれかひとつ。
 - 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書
※原本に限ります。無い場合は申請時申し出てください。
※明細書がある場合は、併せて提出してください。
 - 接種済証、母子健康手帳その他予防接種を受けたことが確認できる書類の写し
- ※ 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。