

様式第1号（第4条関係）

美里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申請書

年 月 日

美里町長 様

住 所 _____
氏 名 _____
申請者 電話番号 _____
被接種者 ☐ 本人
との続柄 ☐ その他()

※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。

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ			
	現 住 所	☐ 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ	〒		
	ワクチン の 種 類	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン ☐ 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		
	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				

美里町ヒトパピローマウイルス予防接種補助金請求書

金 額 _____ 円

美里町長 様
上記のとおり請求します。
年 月 日

住 所 _____
氏 名 _____



支払 方法	窓口	銀行・信金	支店
	振込	ゆうちょ 肥後 熊本宇城農協	甲佐・砥用 下東支所 普通・当座 No. _____ 口座名義人(カナ)

※請求書に記入する氏名・口座名義人には、申請者の氏名を記入してください。
※ゆうちょ銀行の場合は、記号・番号を記入してください。

【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、美里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。	☐ はい ☐ いいえ
この申請書を、美里町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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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
 - ☐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（口座番号等確認用）
 - ☐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。