

高槻市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 年 月 日

（あて先）高槻市長

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	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名		電話番号	
	現住所	〒		

※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	H 年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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	〒		
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
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）			
回数	接種日（申請分のみ記載）	申請金額（申請分のみ記載）		備考	
1回目	H・R 年 月 日	円		申請金額は、接種に係った費用と16,326円を比較して低い金額を記入	
2回目	H・R 年 月 日	円			
3回目	H・R 年 月 日	円			
合計金額		円			

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	銀行 金庫 農協		支店名 出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座		口座名義人 (カナで記入)	店番号【 】
	口座番号				

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

委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
氏名 _____ 印	氏名 _____
住所 _____	住所 _____

【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、高槻市長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
この申請書を、高槻市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 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・_____
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】

- 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）

【持参するもの】（郵送の場合は、コピーを同封して下さい）

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（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（口座番号等確認用）

※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。

以下市記入欄

受理日	令和 年 月 日
被接種者の住民票 (R4年4月1日時点)	高槻市 ・ その他
接種記録	母子健康手帳・予防接種済証・予診票の写し 申請用証明書・その他
備考	