

第1号様式(第4条関係)

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

船橋市長 あて

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- ・消えるボールペン、修正液は使用できません。
- ・訂正する場合は二重線で消し、訂正印（申請者印と同じもの）を押印してください。



申請者	フリガナ	フナバシ タロウ	接種を受けた者との続柄	父
	氏名	船橋 太郎		
	現住所	〒273-8506 船橋市北本町1-16-5		
	電話番号	047-409-3836		

「訂正印」と「捨印」は、この印と同じ印を使用してください

※申請できるのは接種を受けた

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者	フナバシ ハナコ	生年月日	2000年 3月 3日	
	氏名	と同じ	船橋 花子			
	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	〒	船橋市		
	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				
	予防接種を受けた年月日(申請分のみ記載)	1回目	2回目	3回目		
		2020年 4月 2日	2020年 6月 2日	2020年 10月 2日		
	※診察の結果、接種を見合わせたほうがよいと判断された場合、下記に予診年月日と申請金額を記載					
	申請金額(申請分のみ記載)	1回目	2回目	3回目		
15,000 円		15,000 円	15,000 円			
接種医療機関	名称	船橋市役所クリニック				
	住所	船橋市湊町2-10-25				
	TEL	047-436-2111				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・						

領収書の金額もしくは第2号様式の領収額を記載してください。(交付額は市が設定した上限額となります)  
領収書等を紛失し、第2号様式を提出しない場合は市が設定した領収書等の提出がない場合の金額(ホームページ参照)を記載してください。

こちらには記入しないでください。

市担当者記入欄

交付決定額	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	<b>保健所</b>				銀行 信用金庫 農協	<b>津田沼</b>			本店 支所 支店
	金融機関コード	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	支店番号	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座								
	口座番号	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>		
	フリガナ	<b>フナバシ ハナコ</b>								
	口座名義人	<b>船橋 花子</b>								
依頼人(申請者)氏名 <b>船橋 太郎</b>										

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 **4**年 **6**月 **1**日

申請者氏名 **船橋 太郎**

【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、船橋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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、船橋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 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等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 type="checkbox"/> いいえ
船橋市において支給決定をした後は、申請金額の変更を出来ないことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがなく、提出要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用は返還しませんか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**必要書類が揃っていることをご確認下さい**

**紛失していない場合は空欄でかまいません**

【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)  
※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)
- 口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合)免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し

※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。