

横手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

横手市長 様

横手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金について次のとおり関係書類を添えて申請します。また、併せて実績を報告します。

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

※申請できるのは接種を受けた本人、またはその保護者に限ります。

被接種者 (予防接種を受けた人)	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年	平成	年	月	日	
	氏名		月日					
	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						
		<input 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 ※対象分のみ記載	1回目	年 月 日					
		2回目	年 月 日					
		3回目	年 月 日					
	申請および実績額 ※対象分のみ記載	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							
	電話番号							
※複数の医療機関で接種した場合、この欄に名称、住所、電話番号を記載								

2枚目もご記入ください。

【誓約および同意事項】

該当する項目に☑を入れてください。

<p>この申請および実績報告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）および医療機関等における情報について、市が認めるときは調査を行うことに同意しますか。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>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入ください。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ _____回・_____</p>
<p>本申請及び実績報告分の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。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>提出に必要な書類を紛失している場合、接種を受けた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。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>申請及び実績報告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、交付済みの助成金を返還することに同意しますか。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>

【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
（被接種者と申請者が異なる時は双方のもの）
 - ・申請時住所記載の 住民票 運転免許証 健康保険証（両面） 等

- 接種費用の支払いを証明する書類の原本
 - 領収書と明細書 支払証明書 等

- 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
 - ないときは
 - 横手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金申請用証明書の原本