

様式第1号 (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兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

申請者(請求者)

住 所

氏 名

印

被接種者  
との続柄

電話番号

砥部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に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請するとともに請求します。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、砥部町長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

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(請求)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						
電話番号						
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

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 信用金庫 農協						本店 支店 支所	
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通・当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								
依頼人(申請者)氏名									

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受領委任状	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (署名又は記名押印)</p>	

【添付書類】

- 1 被接種者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票等の写し又は様式第2号
- 2 接種費用の支払いを証明する書類(領収書又は支払証明書等) ※原本に限る。