

申請した日をご記入ください

令和 4年 7月 8日

狛江市長 宛て

申請者	フリガナ	コマエ イズミ	接種を受けた者との関係	母
	氏名	狛江 和泉		
	住所	〒201-0013 狛江市元和泉 2-35-1		
	電話番号	〇〇-▼▼▼▼-××××		

狛江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

狛江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要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	コマエ ミドリ	生年月日	平成
被接種者氏名		狛江 緑		16年 6月 20日
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
令和4年4月1日時点での住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPV ワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPV ワクチン			
接種を受けた年月日 (申請分のみ)	1回目	平成・令和	月	日
	2回目	平成・令和	3年 4月 10日	
	3回目	平成・令和	3年 8月 10日	
実施した医療機関名	<p style="text-align: center;">■■ レディースクリニック</p> <p style="text-align: right;">電話番号： 〇〇 (〇〇〇〇) ××××</p>			
複数の医療機関で接種を受けた場合はここに記入する。				

今回の申請に該当する接種分だけご記入ください。
 例) 1回目は高校1年生で接種(定期接種のため無料)、2回目、3回目は高校2年生となったため自費で接種した。

接種したワクチンの種類にチェックを入れてください。
 9価ワクチンは対象となりません。

裏面も御記入ください。

2 請求金額

請求内訳で算出した額の合計を記入してください。

領収書の金額をご記入ください。

36,784

円

請求内訳	①接種費用	②上限額	請求金額 (①と②のいずれか低い額)	
	1回目	円	18,392円	円
	2回目	20,000円	18,392円	18,392円
	3回目	20,000円	18,392円	18,392円

※申請分のみ記載してください。

申請者又は接種を受けた方の口座をご記入ください。

3 振込先 (申請者又は被接種者名義の口座に限ります。)

金融機関名	■■■ 銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	コマエ イズミ	
口座名義	狛江 和泉	

4 添付書類

提出書類にチェックを入れてください。

- 接種費用の支払いの事実及び額並びに接種回数を証明する書類 (医療機関の発行した領収書、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)

※必要書類が不足している場合、追加の書類を求めることがあります。

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、接種を実施した医療機関、官公署その他の関係機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。

令和 4 年 7 月 8 日

被接種者署名

狛江 緑

申請者が保護者の方だった場合でも、接種を受けたご本人の署名が必要です。