

第1号様式の2（第5条関係）

令和5年度東大和市予防接種費助成金交付申請書（HPV任意接種用）

年 月 日

東大和市長 殿

申請者 住 所 _____
 (被接種者 フリガナ _____
 又は保護 氏 名 _____
 者) 電 話 番 号 _____
 被接種者との続柄： _____

令和5年度東大和市予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

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 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				
	TEL				

(裏面へ続く)

	※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載
--	---------------------------------

【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、東大和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 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、接種医療機関医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助成要件に該当しなかった場合には、助成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】

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

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」欄写し等）

※申請者と被接種が異なる、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。