

様式第1号（第3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 年 月 日

佐々町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、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）および医療機関等における情報について、佐々町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

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

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

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				
		<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 (申請分のみ記載)	1回目	平成・令和	年	月	日	
	2回目	平成・令和	年	月	日	
	3回目	平成・令和	年	月	日	

申請額	接種回数	接種費用負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (A)と(B)のうち少ない方
	1回目	円 (□不明)	円	円
	2回目	円 (□不明)	円	円
	3回目	円 (□不明)	円	円
	合計額			円

注) 接種費用が不明の場合は「不明」に☑してください。 ※太枠内は記入しないでください。

【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」欄の写し等）

※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。