様式

申請期限は、接種日の属する年度内です。年度を跨いで接種した場合は、年度毎に分けて申請してください。

熊谷市男子へのＨＰＶワクチン接種費用助成申請書兼請求書

令和　年●●月●●日

熊谷市長　小 林　哲 也　宛

標記に

黒又は青のボールペンで記載してください。（消えるインクのボールペン不可）

申請者	氏　　名	**熊谷　花子**	被接種者との続柄	**母**	
	住　　所	〒 **360－08** **熊谷市石原3－27**	電話番号	**090－●●●●－●●●●**	

日中に連絡が繋がりやすい番号を記載してください。

※申請できるのは接種を受けた本人の保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	**クマガヤ　ケンタ**		生年月日	**平成●●年●月●日**	
	氏　　名	**熊谷　健太**				
	住　　所	〒　　☑申請者と同じ				
	HPV ﾜｸﾁﾝ 接種年月日 ※申請分のみ記載	1 回目	(4 価・9 価) **令和●年　●月　●日**	申請金額 ※申請分のみ記載	1 回目	**29，500**円
		2 回目	(4 価・9 価) **令和●年　●月　●日**		2 回目	**29，500**円
		3 回目	(4 価・9 価) **令和●年　●月　●日**		3 回目	**29，500**円
	接種医療機関名	**〇〇〇〇クリニック**				

領収書等がある場合は、税込みの金額を記載してください。（予診のみや接種に要した交通費、文書作成料等は対象外）領収書等がない場合は 15，000 円と記載してください。

【誓約・同意事項】※該当する項

この申請に係る住民登録状況及び 要と認めるときは調査を行うこと	☑はい　□いいえ
この申請書を、熊谷市において支 取扱うことに同意しますか。	☑はい　□いいえ
これまでに４価ＨＰＶワクチン又は９価ＨＰＶワクチンの任意接種を受けたことがありますか。	□はい　☑いいえ 1 回目　．　．　． 2 回目　．　．　． 3 回目　．　．　．
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、他の市区町村から費用の助成を受けたことがありますか。	□はい　☑いいえ
申請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、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☑はい　□いいえ

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・金庫 農協・信組	**■■**	本店 支店					
	金融機関コード	▲	▲	▲	▲	支店番号	◆	◆	◆	
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	**クマガヤ　タロウ**								
	口座名義人	**熊谷　太郎**								

請求者（申請者）氏名　**熊谷　花子**　印

備考１「請求者（申請者）氏名」欄に、申請者本人が自署する場合は、同欄への押印を

２申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、申請者が委任状欄に記入・押印をしてください。

※委任状

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

令和　年●●月●●日

申請者氏名　**熊谷　花子**　**印**　㊞

【提出書類等】裏面参照