

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9価HPVワクチン任意接種費償還払い申請書兼請求書

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）

申請書を市ホームページからダウンロードした場合は両面印刷をしてください。

令和5年●●月●●日

熊谷市長 小林 哲也 宛

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

接種を受けた本人が18歳以上の場合は、本人に限ります。

申請者	フリガナ	クマガヤ ハナコ	
	氏名	熊谷 花子	接種を受けた者との続柄 本人
	現住所	〒 360-0014 埼玉県熊谷市箱田1-2-39	
	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、又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と異なる場合は、記載してください。	生年月日	平成●●年●月●日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	接種日時 時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒		
	組換え沈降9価 HPVワクチン (シルガード9) の任意接種を 受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	令和 ● 年 ●● 月 ●● 日		
		2回目	令和 ● 年 ●● 月 ●● 日		
		3回目	令和 ● 年 ●● 月 ●● 日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	29,000 円	合計	円
		2回目	29,000 円		
		3回目	29,000 円		
接種医療機関	名称	○○○○診療所			
	住所	埼玉県熊谷市大原1-5-3			
	TEL	048-525-2722			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・					

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。

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	1234567							
	フリガナ	クマガヤ ハナコ							
口座名義人	熊谷 花子								
請求者（申請者）氏名	熊谷 花子 								

- 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、同欄への押印を省略することができます。
- 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、下欄に記入をお願いします。

※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委任します。

年 月 日

申請者氏名 

漏れなくチェック
をしてください。

【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、熊谷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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、熊谷市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに2価HPVワクチン又は4価HPVワクチンを受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
定期接種又は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記に御記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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、本市又は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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input checked="" 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。	<input checked="" 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
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 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。