

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 氏名	母
	住所	〒 360-08 熊谷市石原3-27	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	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1回目 29,500円
		2回目	(4価・9価)	令和●年 ●月 ●日	※申請分 のみ記載	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				

【誓約・同意事項】※該当する項

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。

この申請に係る住民登録状況及び必要と認めるときは調査を行うこと	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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

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

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。

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

※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。
令和 年●●月●●日
申請者氏名 熊谷 花子

【提出書類等】裏面参照