

様子

令和 年●●月●●日

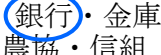
標記に

氏 名	母子健 花子	被接種者 との続柄	母
住 所	〒 360-0014 埼玉県熊谷市	日中に連絡が繋がりやすい番号を記載してください。 090-●●●●-●●●●	

被接種者	フリガナ	ボシケン コウタロウ				生年月日	平成●●年●月●日
	氏名	母子健 康太郎					
	住所	〒 ☒ 申請者と同じ					
	4 価 HPV ワクチン 接種年月日 ※申請分のみ記載	1 回目	令和●●年 ●月 ●日	申請金額 ※申請分のみ記載	1 回目	18,000 円	
		2 回目	令和●●年 ●月 ●日		2 回目	18,000 円	
		3 回目	令和●●年 ●月 ●日		2 回目	18,000 円	
接種医療機関名	〇〇〇〇診療所						

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。

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	領収書がない場合は、税控で記載してください。(予診のみや接種に要した交通費、文書作成料等は対象外)	☒ 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。	領収書等がない場合は 15,000 円と記載してください。	☒ はい ☐ いいえ
これまでに4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

振込先口座	金融機関名	   												
		金融機関コード					支店番号							
	預金種別	 普通	当座		口座番号									
	フリガナ													
	口座名義人													
請求者(申請者)氏名		  												

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。

【提出書類等】裏面参照

◆提出書類

- ☐申請者及び被接種者の氏名・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写し
 - ☐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
 - ☐接種記録が確認できる書類（熊谷市男子4価HPV感染症予防接種予診票、母子健康手帳の写し、
予防接種済証の写し等）
- ※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。

◆申請方法

申請書及び上記提出書類を母子健康センターまで持参又は郵送

◆郵送先・お問合せ

熊谷市母子健康センター 予防係

〒360-0812 熊谷市大原1丁目5番36号 Tel048-525-2722 fax048-526-1950

◆提出期限

接種した年度の3月31日まで ※当日消印有効