

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5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	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-●●●●-●●●●	

※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	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	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	4価HPVワクチン接種年月日	1回目	令和●年●月●日	申請金額	1回目	18,000円
	※申請分のみ記載	2回目	令和●年●月●日		2回目	18,000円
3回目		令和●年●月●日	3回目		18,000円	
接種医療機関名	○○○○診療所					

【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	ボシケン ハナコ	
口座名義人	母子健 花子		
請求者(申請者)氏名		母子健 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 印

【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