

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

令和 年 月 日

（あて先）大牟田市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。（※申請できるのは被接種者本人、又はその保護者に限ります。）

申請者	フリガナ 氏名	-----	被接種者 との続柄	
	現住所 （電話番号）	〒	（電話 - - ）	

※ 各項目を記入及び☑を入れてください。

被接種者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	-----	生年月日	年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒		
	ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	予防接種を 受けた年月日 及び 申請金額 （申請分のみ記載）	1回目	年 月 日	円	合計
		2回目	年 月 日	円	
		3回目	年 月 日	円	
	接種医療 機関	名称	（電話 - - ）		
	住所				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

【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、大牟田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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	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、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 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い合わせを行いましたか。	<input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】※ 提出書類に不足がないか確認のうえ、☑を入れてください。

- 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）
- ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金請求書（様式第3号）  
（様式第3号の添付書類）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）