

## ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

松伏町長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請日： 年 月 日

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

※申請できるのは、被接種者（接種を受けた本人）又はその保護者に限ります。

**【誓約書・同意書・委任状】** 以下をお読みになり、被接種者の方が署名をしてください。

1. 以下の申請対象者となる項目すべてに該当しています（☑をしてください）。

- 令和4年4月1日時点で松伏町に住民登録がある方
- 平成9年4月2日から平成17年4月1日までの間に生まれた女性の方
- 定期接種の期間内に3回の接種が完了していない方
- 定期接種の対象年齢を過ぎてから令和4年3月31日までの間に日本国内の医療機関でHPVワクチン（サーバリックス（2価）又はガーダシル（4価））を任意接種（自費接種）した方

2. 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、町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

3. この申請書を、町において支給決定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。

4. 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について、他の自治体から費用の助成を受けたことはありません。

5. 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します。

6. 被接種者と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合には、本申請書に記載した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 被接種者署名： \_\_\_\_\_

**【提出書類】** 書類の不備・不足の場合等に追加の書類を求めることがあります。

1. 本申請書（必ず別紙も記載し提出すること）

2. 接種費用の支払いを証明する書類の原本※1

例) 領収書及び明細書、支払証明書など

3. 接種記録が確認できる書類の写し

例) 母子健康手帳（「出生証明書」及び「予防接種の記録」欄）、接種済証、接種済の記載がある予診票など※2

4. 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）

例) 申請時住所記載の住民票・運転免許証・健康保険証（両面）などいずれか一つ

※1 該当書類が無い場合は、町が定める金額を助成します。

※2 別に定める「ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金申請用証明書（様式第2号（第4条関係）」）に代えても差し支えありません。

別紙

【被接種者及び振込先口座】

フリガナ					※保健センター記入欄※				住民コード			
氏名												
生年月日	平成	年	月	日								
住所	● 令和4年4月1日時点の住所				〒 3 4 3 - 0 1 _ _							
	松伏町											
住所	● 現住所				□ 令和4年4月1日時点の住所と同じ							
	〒				-							
連絡先	-				-							
金融機関名					銀行				本店			
					信用金庫				支店			
金融機関名					農協				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									
フリガナ												
口座名義人												

【任意接種歴等】

ワクチン種類	<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)						
接種年月日 及び 支払(請求)額	1回目	H・R	年	月	日	円	合計  円
	2回目	H・R	年	月	日	円	
	3回目	H・R	年	月	日	円	
接種医療機関名	( 都道府県 市区町村)						
備考	※複数の医療機関で接種した場合に上記と同様に記載						

※ 以下 保健センター使用欄 ※

【受理日】	年	月	日	【受理者】	【受理番号】
審査	【対象】 <input type="checkbox"/> 4/1住所 <input type="checkbox"/> H9.4.2-H17.4.1性 <input type="checkbox"/> 定期未完 <input type="checkbox"/> 国内医療機関 <input type="checkbox"/> 任意接種期間*				
	【書類】 2 (区分: A・B) 3 4 【種類】 2価・4価				
審査結果 及び 償還支給額	<input type="checkbox"/> [ 対象 接種内容 他 ] が要件の該当外のため、不交付 と決定する。 <input type="checkbox"/> [ 1 2 3 ] 回目の計 [ ] 回分について、次の通り 交付 と決定する。				
	・ 1回目: 円、2回目: 円、3回目: 円 ・ 支給額合計: 円				
	【決定通知送付日】 年 月 日 【送付者】 <input type="checkbox"/> 管理票に送付日入力				

\*参考\* 任意接種期間

生年月日	任意接種期間
平成 9年4月2日 ~ 平成10年4月1日	平成26年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成10年4月2日 ~ 平成11年4月1日	平成27年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成11年4月2日 ~ 平成12年4月1日	平成28年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成12年4月2日 ~ 平成13年4月1日	平成29年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成13年4月2日 ~ 平成14年4月1日	平成30年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成14年4月2日 ~ 平成15年4月1日	平成31年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成15年4月2日 ~ 平成16年4月1日	令和 2年4月1日 ~ 令和4年3月31日
平成16年4月2日 ~ 平成17年4月1日	令和 3年4月1日 ~ 令和4年3月31日

【接種歴】
<input type="checkbox"/> かるて入力
<input type="checkbox"/> 台帳記入