様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

武雄市長　様

武雄市子宮頸がん予防ワクチン（ＨＰＶワクチン）任意接種費用償還払い申請書

標記について、次の通り関係書類を添えて申請します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

※申請できるのは、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

※被接種者が１８歳以上の場合で、被接種者以外が申請するときは、委任状をご提出ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | | | 被接種者との続柄 | | |  |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 被接種者 | ふりがな |  | | | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | | |
| 被接種者氏名 |  | | |
| 現住所 | □申請者と同じ | | | | | | |
| 令和４年４月１日  時点の氏名 | □被接種者と同じ | | | | | | |
| 令和４年４月１日  時点の住所 | □現住所と同じ | | | | | | |
| 電話番号 | □申請者と同じ | | | | | | |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン　□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | | | | | | |
| 予防接種を受けた日  接種にかかった額  (申請分のみ) | １回目 | | ２回目 | | | ３回目 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | |
| 円 | | 円 | | | 円 | |
| 接種医療機関 | 医療機関名 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称・住所・電話番号を記入 | | | | | | | |

【添付書類】□予防接種済証、母子健康手帳の予防接種記録又は接種済みの予診票の写し

□領収書（接種に要した費用、被接種者氏名等の記載があるもの）の原本

裏面も記入をお願いします。

武雄市子宮頸がん予防ワクチン予防接種費用償還払い口座振替依頼書

受領する任意接種費用について、下記の指定口座への振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 店番号 | | | 口座番号（普通口座） | | | | | | |
| 銀行・金庫　　　　　支店・支所  農協・組合　　　　　本店・出張所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ | | |  | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | |

　　　　申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

|  |
| --- |
| 委任状  私（申請者）は、上記口座の名義人である　　　　　　　　　　　　に武雄市子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）任意接種償還払いの受領に関する一切の権限を委任します。  申請者氏名 |

下記太枠内は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 申請額（接種費用）（A） | 円 | 円 | 円 |
| 基準単価（B） | 円 | 円 | 円 |
| 償還額  （A）と（B）のうち少ない額 | 円 | 円 | 円 |