

様式第1号（第4条関係）

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兼請求書

令和 年 月 日

（あて先）宇部市長

標記について、次の通り関係書類を添えて申請及び請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	平成・西暦	
	氏名				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				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	接種年月日及び支払金額（申請分のみ）	接種年月日	支払金額 <small>（不明の場合は空欄）</small>	市の契約単価 <small>（市記入欄）</small>	※申請金額 <small>（市記入欄）</small>	
		年 月 日	円	円	円	
		年 月 日	円	円	円	
		年 月 日	円	円	円	
合 計				円		
接種医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
医療機関が2施設以上になる場合、名称・住所・TELを記載						

※申請金額は、支払金額と宇部市の契約単価のいずれか少ない額となります。

事務担当者：同上 連絡先：同上

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 信用金庫 農協						本店 支店 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								
依頼人（申請者）氏名								

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、下欄に記入してください。

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。
令和 年 月 日
申請者氏名

【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、宇部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
この申請書を、宇部市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取り扱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。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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____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には、交付済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】

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） ※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

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）

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等） ※原本に限る

接種記録が確認できる書類（親子（母子）健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※申請者と被接種者が異なる、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。