

ヒトパピローマウイルス感染症にかかる任意接種償還払い申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

（あて先）横須賀市長  
 標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ヨコスカ ハナコ	接種を受けた ものとの続柄	本人
	氏名	横須賀 花子		
	現住所	〒23●-●●●● 横須賀市△△町●●		
	電話番号	●●●-×××-▲▲▲▲		

※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、被接種者以外が申請する時は別途委任状をご提出ください。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と		生年	平成●年 ●月 ●日	
	氏名	同じ		月日		
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒	この記入例は、接種者本人(18歳以上)が申請し、1,2回目が払戻し対象、3回目がキャッチアップ接種実施。振込名義人が申請者本人以外の口座に振込む場合を想定した内容です。		
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 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 checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	平成 ● 年 ● 月 ● 日			
		2回目	平成 ● 年 ● 月 ● 日			
		3回目	年 月 日			
	接種医療機関	名称	●●クリニック			
		住所	◆◆県○○市××町●-●			
電話番号		○○○-▲▲▲-◆◆◆				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

	接種回数	自己負担額 (A)	上限額 (B)	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
申請額	1回目	○○, ○○○円		
	2回目			領収書の提出が困難な場合は、空欄のままにしてください。
	3回目			
	合計金額			

※太枠内は記入しないでください。

私が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。

振込先口座	金融機関名	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input checked="" type="radio"/> 信用金庫 <input checked="" type="radio"/> 農協						<input checked="" type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> <b>支店</b> <input type="radio"/> 支所			
	金融機関コード						支店番号	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> <b>普通</b> ・ 当座									
	口座番号	□□□□□□□□									
	フリガナ	ヨコスカ タロウ									
口座名義人	横須賀 太郎										

申請者氏名と口座名義人が異なる場合は、委任状欄にご記入ください。申請者が自署または記名押印してください。

依頼人（申請者）氏名  
横須賀 花子

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。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

横須賀 花子  
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、横須賀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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、横須賀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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 回・○○市
本申請分のヒトパピローマ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。「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う定期予防接種の接種期間の延長措置等」※で公費接種を受けたことがありますか。（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 checked="" type="checkbox"/> いいえ 回・
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う定期予防接種の接種期間の延長措置等」とは、新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、やむを得ず規定の接種期間内に定期予防接種を受けることができなかった場合に申請等により、規定の接種期間外であっても、公費（無料）で接種を受けることができる特例措置をいう。

【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）
- ※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。