小諸市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）小諸市長

小諸市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付規則第4条の規定により、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		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人（未成年の場合はその保護者）に限ります。

被接種者	フリガナ	☐ 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
	氏名				
	現住所	☐ 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ	〒		
申請対象の予防接種 （申請分のみ記載）	1回目	接種年月日	年 月 日		
		ワクチンの種類			
		申請金額	円		
		接種医療機関	(名称) (所在地)		
	2回目	接種年月日	年 月 日		
		ワクチンの種類			
		申請金額	円		
		接種医療機関	(名称) (所在地)		
	3回目	接種年月日	年 月 日		
		ワクチンの種類			
		申請金額	円		
		接種医療機関	(名称) (所在地)		
申請金額の合計		円			

（裏面へ続く）

私が受領する予防接種費用助成金について、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 金庫 農協	本店 支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	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。	
年 月 日	申請者氏名 ⑩

【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、小諸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。	☐はい ☐いいえ
この申請書を、小諸市において交付決定をした後は予防接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
本申請分の接種以外に、ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防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。	☐はい ☐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予防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。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	☐はい ☐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、個人番号カードなどいずれかひとつ
 - ☐接種費用の支払いを証明する書類（領収書、支払証明書等）
 - ☐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。