

別記様式第1号（第4条関係）

邑楽町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

邑楽町長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請し、下記金額を請求します。
 なお、この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、邑楽町が必要と認めるときは調査を行うことや、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、交付済みの費用を返還することに同意します。

申請者 ※1	フリガナ氏名		接種を受けた者との続柄	
	現住所		電話※2	

※1 申請できるのは接種を受けた本人またはその保護者に限ります。
 ※2 不備があった場合はご連絡をします。繋がる電話番号を記載してください。

被接種者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	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"/> 申請者と同じ 邑楽町	
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス®（2価）		<input type="checkbox"/> ガーダシル®（4価）		
	予防接種を受けた年月日及び申請金額（申請分のみ記載）	1回目	年 月 日	①	円※3	<input type="checkbox"/> 金額不明
		2回目	年 月 日	②	円※3	<input type="checkbox"/> 金額不明
		3回目	年 月 日	③	円※3	<input type="checkbox"/> 金額不明
		請求金額		(①+②+③)		④ 円
※3 領収書の金額を記載してください （領収書がなく金額不明の場合、④は町が定める額となるため記載不要）						
接種医療機関	名称		電話			
	住所					

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り込みを依頼します。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名等	本店 支店 出張所
	種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人 (申請者同一)	-----		

- 【提出書類】
 振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードの写し
 接種費用の支払いを証明する書類（領収書や証明書など）※原本に限る
 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳、接種済証、予診票、証明書など）
 * 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。