

様式第1号（第4関係）

子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払い申請書

令和〇年 〇月 〇日

(あて先) 甲府市長

接種を受けた本人が18歳以上の
場合、本人に限ります。

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	コウフ タロウ	接種を受けた 者との続柄	父
	氏名	甲府 太郎		
	現住所	〒 400-00〇〇 甲府市〇〇町〇-〇-〇		
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

不明な点があった際にお電話する
ことがあります。日中繋がりやす
い番号を記入してください。

※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	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	コウフ ハナコ	生年月日	平成〇年〇月〇日	
	氏名		甲府 花子			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	令和4年4月1日 時点の住所	<input checked="" 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		2価：商品名サーバリックス®		
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		4価：商品名ガーダシル®		
	予防接種を 受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	平成〇〇年 〇月 〇〇日	合計	合計金額を誤って記入し た場合は書類の書き直し が必要になります。	
		2回目	平成〇〇年 〇月 〇〇日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	〇〇, 〇〇〇 円	合計	〇〇, 〇〇〇 円	
		2回目	〇〇, 〇〇〇 円			
		3回目	円			
接種医療 機関	名称	甲府市役所クリニック				
	住所	甲府市丸の内〇-〇-〇				
	TEL	055-〇〇〇-〇〇〇〇				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						
接種年度		甲府市が定めた額				
平成25年度		15,000 円				
平成26年度、平成27年度		14,872 円				
平成28年度～令和元年9月30日		14,892 円				
令和元年10月1日～令和3年度		15,162 円				
令和4年度		15,182 円				

支払った額と接種を受けた年度毎に
甲府市が定める額のうち、どちらか
低い方を記載してください。

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	〇〇〇〇 銀行 本店信用金庫 〇〇町 支店農協 支所								
	金融機関コード	〇	〇	〇	〇	支店番号	〇	〇	〇	
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇								
	フリガナ	コウフ タロウ								
口座名義人	甲府 太郎									
依頼人（申請者）氏名 甲府 太郎										

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 年 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、甲府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。	
この申請書を、甲府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扱うことに同意しますか。	☑はい □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。	☑はい □いいえ <u>1回・甲府市</u>
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。	□はい ☑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。	☑はい □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。	☑はい □いいえ

令和4年4月1日以降に、公費負担による接種を受けたかどうかをご記

書類を紛失していない場合は、「いいえ」に☑を入れてください。

【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。