

様式第1号（第4条関係）

松原市子宮頸がん予防ワクチン接種費用償還払金支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

松原市長 殿

松原市子宮頸がん予防ワクチン接種費用償還払い実施要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請し、償還払金を請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名	⑩	
	現住所	〒	
	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	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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 <small>*第2条第1号関係</small>	<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（サーバリックス）			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	実費で予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年 月 日		
		2回目	年 月 日		
		3回目	年 月 日		
	実費額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
		2回目	円		
		3回目	円		
	償還払金の額		円		
	接種医療機関	名称			
住所					
TEL					
※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					

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農協						
		支店（ ）						
	預金種別 口座番号	普通・当座						
	フリガナ							
口座名義人								

申請者と異なる名義の口座に振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	申請者氏名 (印)

【誓約・同意事項】

住民基本台帳登録事項（申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの）及び医療機関等における情報について、松原市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
本申請分の子宮頸がん予防ワクチン接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けていません。	<input type="checkbox"/>
（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合せを行いました。	<input type="checkbox"/>
申請内容に偽りがあった場合や、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。	<input type="checkbox"/>

【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）
 - ※ 申請時点の住所記載のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、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）
 - ※ 申請内容の確認のため、追加の書類を求めることがあります。