

様式第1号（第4条関係）

日田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

日田市長 あて

申請者 住 所

氏 名

被接種者との続柄（ ）

電話番号（ ） —

日田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成事業実施要綱に基づく助成金の交付を受けたいので、同要綱第4条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏 名			
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"/> 現住所と同じ		

2 接種の種類及び交付申請額 ※太枠は市で記入します。

接種年月日	ワクチンの種類	接種費用	申請額
年 月 日	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	円・不明	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	円・不明	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル	円・不明	円
申請（請求）合計金額			円

3 接種医療機関

名称	住所	電話番号

4 助成金振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所						
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
口座名義人	フリガナ								

※裏面までご記入ください。

5 誓約・同意事項

※該当する項目に☑を入れてください。

誓約・同意内容	誓約・同意欄
(1) 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、日田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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2) 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欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回数： 回 自治体名：
(3) 本申請分のヒロパピローマウイルス感染症に係る接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(4) 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(5) 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

6 添付書類

- 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）※申請日住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 振込先口座が確認できる通帳等の写し（口座番号等確認用）
- 予防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）の原本
- 予防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）

※予防接種の記録や接種費用を確認できる書類がない場合は、予防接種を実施した医療機関が作成した日田市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書（様式第2号）を添付。

※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は、追加の書類を求めることがあります。