様式第1号（第4条関係）

**松阪市ＨＰＶワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）松阪市長

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 |  | 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、又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 | 〒 |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） |
| □組換え沈降９価ＨＰＶワクチン（シルガード９） |
| 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 |
| 申請金額（申請分のみ記載） | 1回目 | 円 | 合計円 |
| 2回目 | 円 |
| 3回目 | 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 |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 口座種別 | 口座番号 |
|  |  | 当座・普通その他（ ） |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |
| 銀行・信用金庫・農協労働金庫・漁協 | 本店・支店・出張所 |  |  |

※ 振込先口座名義人と請求者が異なる場合は、次の委任状に記入してください。

**委任状**

私は、受任者（上記の口座名義人）に本助成金の受領行為について委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（申請者） | ： | 住所 |  | 受任者 | ： | 住所 |
| 氏名 |  | 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、松阪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 |
| 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　　回・　　　　　 |
| 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 |

【添付書類】

□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、申請用証明書（様式第2号）等）

□その他市長が必要と認める書類（　　　　　　　　　　　　　）

記入例　HPVワクチン任意接種費用助成金（表）

様式第1号（第4条関係）

**松阪市ＨＰＶワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書**

**令和４** 年 **１２** 月 **１２** 日

**申請者欄は被接種者が未成年（18歳未満）であれば保護者、成人（18歳以上）であれば本人としてください。**

**通知はこの宛先に送付されます。**

**連絡のとれる電話番号を記入してください。**

（宛先）松阪市長

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 | **マツサカ　タロウ** | 接種を受けた者との続柄 | **父親** |
| 氏名 | **松阪　太郎****申請者と同じ場合、名前の省略は可能ですが、生年月日は記入してください。** |
| 現住所 | 〒**515-0078　松阪市春日町一丁目19番地** |
| 電話番号 | **0598-20-8087** |

※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 | □申請者と同じ | **マツサカ　ハナコ** | 生年月日 | **H9**年**8**月**6**日 |
| 氏名 | **松阪　花子** |
| 現住所 | □申請者と同じ | 〒**接種したワクチンの種類を確認してください。** |
| 令和4年4月1日時点の住所 | □現住所と同じ | 〒 |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）**✔** |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル） |
| □組換え沈降９価ＨＰＶワクチン（シルガード９） |
| 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 | **平成26** 年 　　**5** 月　　 **20** 日**定期接種の年齢を過ぎての任意接種（自費での接種）の分だけ記入してください。** |
| 3回目 | **平成26** 年 　 **10** 月　　 **10** 日 |
| 申請金額（申請分のみ記載） | 1回目 | 円 | 合計**31,200**円 |
| 2回目 | **15,600** 円**合計欄に誤りがないか確認してください。誤りがあった場合、訂正はできませんので、お手数ですがお書き直しください。** |
| 3回目 | **15,600** 円**申請金額は接種費用または16,000円のいずれか低いほうです** |
| 接種医療機関 | 名称 | **健康クリニック** |
| 住所 | **松阪市春日町１２３－４５６** |
| TEL | **0598-12-3456** |
| ※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**接種を受けた医療機関が無くなっている場合は、無くなる以前の住所等を記入してください。** |

記入例　HPVワクチン任意接種費用助成金（裏）

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 口座種別 | 口座番号 |
| **松阪** | **殿町** | 当座・普通その他（ ） |  |  | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| 口座名義人 | フリガナ |
| 銀行・信用金庫・農協労働金庫・漁協 | 本店・支店・出張所 | **松阪　太郎** | **マツサカ　タロウ** |

※ 振込先口座名義人と請求者が異なる場合は、次の委任状に記入してください。

**委任状**

**申請者と口座名義人が異なる場合は委任状に記入してください**

私は、受任者（上記の口座名義人）に本助成金の受領行為について委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（申請者） | ： | 住所 |  | 受任者 | ： | 住所 |
| 氏名 |  | 氏名 |

**口座名義人が受任者**

**申請者が委任者**

【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、松阪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。**令和4年4月1日以降に公費による予防接種（キャッチアップ接種）を受けた場合は「はい」にチェックをして、何回目の接種か記入してください。** | □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**✔**　　回・　　　　　 |
| 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。**領収書等を紛失した場合は、医療機関に再発行が可能か****確認してください。****✔** | □はい　□いいえ |

**母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写しの場合は、母子健康手帳の表紙など名前が確認できるページの写しも添付してください。**

【添付書類】

□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、申請用証明書（様式第2号）等）

□その他市長が必要と認める書類（　　　　　　　　　　　　　）