

第1号様式（第4条関係）

鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

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	印	
	現住所	〒	
	電話番号		

注 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	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	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
	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				
	電話番号				
注 複数の医療機関で接種した場合、以下に名称、住所及び電話番号を記載してください。					

私を受領する償還額について、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	銀行 農協 金庫 信連 信組						本・支店 本・支所 出張所		
	金融機関コード						支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									
依頼人（申請者）氏名										

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望する場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	
私は、上記口座名義人に償還額の受領に関する一切の権限を委任します。	
年	月
日	
申請者氏名 (署名又は記名押印)	

【誓約・同意事項】注 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、鹿屋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
鹿屋市において支給決定をした後は、この申請書を償還額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欄にご記載ください。	☐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等の可否について問合せを行いましたか。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合、相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの償還額を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- 被接種者（申請者と異なる場合は双方）の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等いずれか一つ）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）
- 任意接種費用の支払を証明する書類（領収書、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）

注 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。