

交野市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書

申請日 年 月 日

提出期限:令和7年3月31日まで

(あて先) 交野市長

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いを受けるために、交野市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いを決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、医療機関へ支払い内容等を確認することを了承します。

申請者 (被接種者)	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 (歳)
	氏名			
	令和4年4月1日時点の住所	〒 ー 交野市 ※転出者は交野市民時点の住所を記入	電話番号	() ー
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上 〒 ー		

※申請分のみ記入

予防接種の種類	接種年月日 ※		接種費用 ※	助成額
<input type="checkbox"/> 2価ワクチン (サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価ワクチン (ガーダシル)	1回目	年 月 日	円	円
	2回目	年 月 日	円	円
	3回目	年 月 日	円	円
				合計 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

【誓約・同意事項】

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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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過去に費用の助成を受けたことがありますか。 万が一、過去に費用の助成を受けていた場合、返還を求める可能性があります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※キャッチアップ接種とは、積極的な勧奨を差し控えていた時期に接種機会を逃した方に対して、公平な接種機会を確保する観点から、時限的に従来の対象年齢を超えて接種を行うこと。

助成金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

金融機関名		分類	口座番号						
銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	1.普通	フリガナ	続柄					
銀行コード()	支店コード() ※ゆうちょ銀行の場合3桁の漢数字をご記入ください		口座名義						

添付書類 職員確認欄

- 接種費用の支払を証明する書類（領収書等、写しでも可）
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の写し等）
- 住民確認（令和4年4月1日時点で交野市民）
- 履歴確認（履歴なし 履歴あり（1回目2回目3回目））

受付者（ ）

