別記第１号様式（第４条関係）

記　入　例

新発田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

自費で接種し、同居の保護者が申　請　す　る　場　合

令和４年〇〇月〇〇日

次のとおり関係書類を添えて新発田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します。

申請者	フリガナ	しばた　はなこ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	新発田　花子		
	現住所	〒957-8686　新発田市中央町 3-3-3		
	電話番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

※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	シバタ　スミレ	生年月日	平成 11 年1月 10 日
	氏名		新発田　すみれ		
	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			
		☑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	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
		2 回目	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
		3 回目	年　月　日		
	申請金額（申請分のみ記載）	1 回目	16,000 円	合計 32,000 円	
		2 回目	16,000 円		
		3 回目	円		
	接種医療機関	名称	〇〇〇〇クリニック		
		住所	新潟県〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇町〇-〇-〇		
		TEL	〇〇〇〇ー〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	※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。

振込先口座	金融機関名	○○○銀行 信用金庫 農協		本店 ○○○支店 支所	
		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	シバタ　スミレ			
	口座名義人	新発田　すみれ			
	依頼人（申請者）氏名	新発田　花子			

申請者氏名と異なる名義の口座に振り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　新発田　花子

【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)及び医療機関における情報について、新発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。	☑はい　□いいえ
この申請書を、新発田市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取り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記にご記載ください。	☑はい　□いいえ 1回・新発田市
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、支給済の費用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

☑振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー(口座番号等確認用)

☑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」欄の写し等）

※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、追加の書類を求めることがあります。