

（宛先） 下関市長

（申請者） 現住所

氏名

連絡先

続柄

子宮頸がん（HPV）ワクチンに係る任意接種費用助成金交付申請書

下関市子宮頸がん（HPV）ワクチンに係る任意接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり子宮頸がん（HPV）ワクチンに係る任意接種費用助成金の交付を申請します。

1 対象者（予防接種を受けた者）

ふりがな		性別	女
氏名			
生年月日	平成 年 月 日		
住所 ※令和4年4月1日 時点の住所	下関市		

2 申請額等

ワクチンの種類 ※いずれかに○をしてください。	回数	申請額	上限額 ※記入しないで ください。
サーバリックス ・ ガーダシル (組換え沈降2価) (組換え沈降4価)	回	円	円
サーバリックス ・ ガーダシル (組換え沈降2価) (組換え沈降4価)	回	円	円
サーバリックス ・ ガーダシル (組換え沈降2価) (組換え沈降4価)	回	円	円
申請金額（合計）		円	
実施医療機関 ※名称、住所及び電話番号			

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

下関市が必要と認める場合は、この申請に係る住民基本台帳（申請者と対象者（予防接種を受けた者）が異なるときは、双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、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
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御記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____回・_____
この申請分の子宮頸がん（HPV）ワクチンに係る任意接種費用について、他の自治体から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
この申請書の提出に必要な書類を紛失している場合、任意接種を受けた医療機関に当該書類の再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この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、受給済みの助成金を下関市に返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【添付書類】

- 1 子宮頸がん（HPV）ワクチンの任意接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）（原本）
- 2 子宮頸がん（HPV）ワクチンの任意接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳の予防接種の記録欄、予防接種済証、予防接種済みの記載がある予診票等のうちいずれか一つ）（写し）
- 3 対象者（予防接種を受けた者）の本人確認書類（申請時の住所が記載された運転免許証の写し、健康保険証（両面）の写し、住民票の写し等のうちいずれか一つ）※申請者と対象者（予防接種を受けた者）が異なる場合は、双方の書類
- 4 委任状（申請者、対象者（予防接種を受けた者）又は口座名義人のいずれかが異なる場合に必要）

【子宮頸がん（HPV）ワクチンに係る任意接種費用助成金交付決定通知書・不交付決定通知書の送付先】

現住所と同じ

その他（ _____ ）