

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

令和 年 月 日

（あて先）札幌市長

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		

※申請者は被接種者本人（18歳未満の場合は保護者）の氏名を記載してください。

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	〒	

費用助成の対象となる予防接種	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
	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		
	自己負担額（申請分のみ記載）	1回目	円（費用の証明書類：有・無）		
		2回目	円（費用の証明書類：有・無）		
		3回目	円（費用の証明書類：有・無）		
	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				

※助成額の上限は1回の接種につき16,360円です。

※自己負担額の証明書類がない場合は、助成額は一回につき一律14,000円となります。

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	-----								
	口座名義人									

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	
委任者（申請者）	住所： 氏名： ㊟
ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成の受領を下記の者に委任します。	
令和 年 月 日	
受任者（口座名義人）	住所： 氏名： ㊟ 電話番号： — —

【誓約事項】 ※申請にあたっての必須事項です。☑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、札幌市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	☐はい
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はありません。	☐はい
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。	☐はい

【確認事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

HPVワクチンの定期接種（無料）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・_____
HPVワクチンのキャッチアップ接種（無料）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・_____

【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）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等の原本）

※接種費用の支払いを証明する書類がない場合は、助成額は一回につき一律14,000円となります。

※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、追加の書類を求めることがあります。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。