様式第１号（第５条関係）

大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）

大津市長

大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付要綱第５条第１項の規定により、助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名	印		
	住所	〒		
	電話番号			

※　申請することができる者は、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。		生年月日	年　　月　　日
	氏名				
	住所	□　申請者と同じ。	〒		
	令和４年４月１日時点の住所	□　申請者と同じ。	〒		
	予防接種を受けたワクチンの種類	□　組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）			
		□　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		
	申請金額（請求金額）（申請分のみ記載）	１回目	円	合　計	
		２回目	円		
		３回目	円		円
	※　領収書が無い場合、申請額（請求額）は１３，２００円／回としてください。				
	接種医療機関	名　　称			
		住　　所			
		電話番号			
	※　複数の医療機関においてワクチンの接種を行った場合、それぞれの接種医療機関の名称、住所及び電話番号を記載してください。				

私が受領する助成金については、下記口座へ振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名／支店名	／								
		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									

申請者以外の者の口座に助成金の振り込みを希望される場合は、下記委任状を記入してください。

委　任　状

私は、下記の者に対し大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

受任者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

受任者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【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（申請者と助成対象者が異なる場合は両者の登録事項）及び医療機関等における情報について、大津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
キャッチアップ接種を受けましたか。キャッチアップ接種を受けた場合、接種回数及び接種を受けた自治体名を右欄に御記載ください。	□はい　□いいえ 回・　　市区町村
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や相違があり支給要件に該当しなかった場合、支給済み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】　※　提出する書類に☑を入れてください。

□　助成対象者及びその保護者の本人確認書類の写し（助成対象者の保護者については、助成対象者の保護者が申請を行う場合に限る。）

※　申請時の住所が記載されている住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等のいずれか一つ

□　任意接種に係る費用及び回数を証明できる書類（原本に限る。）

※　領収書、明細書、支払証明書等の原本に限る。

□　任意接種に係る記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種に係る記載がある予診票等の写し

※　母子健康手帳にあっては「氏名の記載欄」及び「予防接種の記録欄」の写しを添付してください。

□　ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種証明書（様式第２号）

□　振込先口座確認書類

※　通帳又はキャッシュカードの写しを提出してください。申請者と被接種者が異なる場合、必要書類が不足している場合等において、追加の書類の提出を求めることがあります。