

記入例

令和6年4月10日

(宛先) 高松市長

申請者 現住所 高松市桜町1丁目10-27

フリガナ タカマツ
氏名 高松 かおり

※接種を受けた本人が18歳以上で、
保護者が申請する場合は、
別途、委任状が必要です。

接種を受けた者との続柄 母

電話番号 090-0000-0000

※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。

高松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

次のとおり償還払いを受けたいので、高松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4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|
| 被接種者 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | タカマツ ハナコ | 生年月日 | 平成 11 年 4 月 2 日 | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 高松 花子 | | | |
| | 現住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 〒000-0000 香川県〇〇市〇〇町△番地△ 〇〇アパート | | | |
| | 令和4年4月1日時点の住民票の住所 | <input type="checkbox"/> 現住所に同じ | 〒111-1111 高松市〇〇町◇◇番◇号 | | | |
| | 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 checked="" 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 | 平成・ 令和 2年 | 5月 | 10日 | |
| | | 2回目 | 平成・ 令和 2年 | 7月 | 10日 | |
| | | 3回目 | 平成・ 令和 3年 | 11月 | 10日 | |
| | 申請金額 (申請分のみ記載) | 1回目 | 16,780円 | 合計 50,340円 | | |
| | | 2回目 | 16,780円 | | | |
| 3回目 | | 16,780円 | | | | |
| 接種医療機関 | 名称 | 〇〇病院 | | | | |
| | 住所 | 高松市番町一丁目8-15 | | | | |
| | TEL | 087-000-0000 | | | | |
| ※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 2回目・3回目 【住所】〇〇病院 高松市番町一丁目8-16 【電話】087-000-0001 | | | | | | |

※申請金額の欄には、接種費用の支払いを証明する書類に記載の金額を記入してください。接種費用の支払いを証明する書類がない場合は空欄で申請してください。

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 | 保健所 | | | 銀行 信用金庫 農協 | | | さくら | | | 本店 支店 支所 | | |
| | | 金融機関コード | 0 | 9 | 9 | 9 | 支店番号 | 1 | 2 | 3 | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | 0123456 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | タカマツ タロウ | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 高松 太郎 | | | | | | | | | | | | |
| 依頼人（申請者）氏名 | | 高松 かおり | | | | | | | | | | | |

口座情報は、間違いのないようにご記入ください。

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6年4月10日

申請者氏名 高松 かおり 

【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）及び医療機関等における情報について、高松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。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| この申請書を、高松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扱うことに同意しますか。 | <input checked="" 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記にご記載ください。 | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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。はいの場合、費用助成を受けた回数と自治体名を右記にご記載ください。 | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ____回・_____ |
| 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 |
| 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か。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

【提出書類】※提出するものに☑を入れてください。

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。