

様式第1号（第6条関係）

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金交付申請書兼請求書

年 月 日

久喜市長 あて

申請（請求）者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

久喜市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金の交付を受けたいので、久喜市補助金等の交付に関する規則第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
また、交付が決定された場合は、次の金額を交付されるよう請求します。
なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定のため、又は交付決定後の要件等の確認のため、必要に応じ、市が保有する個人情報を読覧・調査すること及び他の自治体又は接種をした医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

接種を受けた者	氏 名		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> （ ）	
	生 年 月 日					
	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				
ワクチンの種類、申請（請求）額等	ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
			<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
	回数	接種年月日	①接種費用	②助成金上限額	申請（請求）額 (①か②のいずれか低い額)	
	1回目	年 月 日	円	円	円	
	2回目	年 月 日	円	円	円	
	3回目	年 月 日	円	円	円	
	合計額：助成金申請（請求）額				円	
※接種費用について証明できない場合は、①及び②の記載は不要						
接種医療機関	名 称					
	住 所					
	電 話					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称、住所及び電話番号を記載						

振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所			
	フリガナ		預金種目	普通	当座	
	口座名義		口座番号			

【確認事項】

該当する項目にチェックをいれてください。

1	今まで窓口負担なしで、ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種を受けたことがありますか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名をご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい (回) 自治体名 <input type="checkbox"/> いいえ
2	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【添付書類】

- ① 母子健康手帳の「予防接種の記録」欄の写し、予防接種済証等の予防接種を実施したことがわかる書類
 - ② ①の書類で任意接種の金額が確認できない場合は、領収書等その費用が確認できる書類
 - ③ ①と②の書類がない場合は、ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種に係る証明書（様式第2号）
 - ④ 郵送等により申請する場合は、接種を受けた方の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（運転免許証の写し、健康保険証（両面）の写し、申請時の住所記載の住民票等）
- ※ 要件等の確認のため、追加の書類を求めることがあります。
- ※ 受診したことを確認できる書類（①又は③の書類）は、必ず添付してください。
- ※ 金額を証明できない場合の助成金の額は、定額となります。
- ※ 窓口にて申請する際は、接種を受けた方の本人確認ができる書類を提示していただきます。