別記様式第１号（第４条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

館林市長　様

館林市ヒトパピローマウイルス感染症に係る子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金交付要綱第４条の規定に基づき、子宮頸がん予防ワクチン任意接種費用助成金の交付を申請します。

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				
	現住所	□申請者と同じ	〒		
	令和４年４月１日時点の住所	□現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン			
		□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン			
	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（申請分のみ記載）	１回目	円	合計	円
		２回目	円		
		３回目	円		
	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は、下記に当該医療機関の名称、住所及び電話番号を記載すること。				

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

<table>
<tr><td rowspan="6">振込先口座</td><td rowspan="2">金融機関名</td><td colspan="9">銀行・本店信用金庫・支店農協・支所</td></tr>
<tr><td>金融機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>支店番号</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="9">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="11">依頼人（申請者）氏名</td></tr>
</table>

申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄に申請者の記名・押印が必要となります。

※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。

年　　月　　日

申請者氏名　　㊞

【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、館林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
この申請書を館林市において交付決定をした後は任意接種費用の請求書として取り扱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。「はい」の場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右にご記載ください。	□はい　□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子宮頸がん予防ワクチン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交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの助成金を返還することに同意しますか。	□はい　□いいえ

【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写し（口座番号等確認用）

□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は、追加書類の提出を求めることがあります。