

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兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

標記について、次のとおり添付書類を添えて申請します。支払いを受ける任意接種費用について、金融機関口座振込みをもって受領したものと認めます。なお、請求内容等に虚偽又は瑕疵が発覚した場合は直ちに市長に対し、受領した金額を返還することを承諾します。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、東大阪市長が必要と認める場合は調査を行うことを同意します。

※申請日時時点で18歳未満の被接種者の申請は、保護者に限ります。

申請兼請求者	ふりがな		被接種者との続柄	受付印
	氏名		()	
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	ふりがな		生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	平成 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"/> 同上 〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン	
接種の状況	1回目	接種年月日	接種費用	(市記入欄)償還払い額
		年 月 日	円	円
		接種医療機関 名称	所在地	
	2回目	接種年月日	接種費用	(市記入欄)償還払い額
		年 月 日	円	円
		接種医療機関 名称	所在地	
	3回目	接種年月日	接種費用	(市記入欄)償還払い額
		年 月 日	円	円
		接種医療機関 名称	所在地	

振込み先口座	銀行	信用金庫	本店	
	農協	信用組合	支店 支所	
	金融機関コード		支店コード	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号	
口座名義	(フリガナ)			
	(漢字)			

委任欄	※ 申請者と口座名義人が相違する場合、下段に署名が必要です。 私は、上記償還払い額の振込先について、私の名義でない口座を指定しておりますが、この口座振込みをもって支払いの効力が生じることについて異議ありません。		
	令和 年 月 日	申請者	印

誓約・同意事項

- 令和4年4月1日以降にHPVワクチンを接種しましたか。 はい いいえ
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。 _____ 回・自治体名： _____
- 本申請分のヒトパピローマウイルス感染症にかかる任意接種費用について他の自治体から費用助成を受けたことがありますか。 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
(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
- 接種費用の支払いを確認できる書類(領収書及び明細書など) ※原本に限る
- 接種記録が確認できる書類(母子健康手帳の予防接種記録欄の写し、予防接種済証など)