第１号様式（第４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申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）秦野市長

このことについて、次のとおり助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。

○申請者欄（※被接種者）

ふりがな 氏　名	
現住所	（〒　　－　　）
電話番号 （日中の連絡先）	

※該当する項目に☑を入れてください。

□　申請者は接種を受けた者と同じである。		
生年月日(年齢)	年　　月　　日（　　歳）	
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（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	１回目	年　　月　　日
	２回目	年　　月　　日
	３回目	年　　月　　日
請　求　金　額	円	
（内訳） 領収書の金額	（1 回目　　円） （2 回目　　円） （3 回目　　円）	
接種医療機関	（名称） （住所）（〒　　－　　） （電話番号）	
※複数の医療機関で接種した場合、この欄に名称、住所及び電話番号を記載してください。		

誓約・同意事項欄	1　この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、秦野市が必要と認めるときは医療機関に確認することに同意しますか。 □　はい　　□　いいえ 2　キャッチアップ接種を受けましたか。 □　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記載してください。　（回数）　　回　　自治体名＿＿＿＿＿＿＿＿ 3　今回申請する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 →「はい」の場合、何回目の接種か、また、助成自治体名を記載してください。 □　１回目　　助成自治体名＿＿＿＿＿＿＿＿ □　２回目　　助成自治体名＿＿＿＿＿＿＿＿ □　３回目　　助成自治体名＿＿＿＿＿＿＿＿ ※既に他の自治体から費用の助成を受けた接種分については、本市より交付することができません。 4　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ましたか。 □　はい　　□　いいえ 助成の申請に当たり、上記の事項について、同意及び誓約します。 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・（　　）							
	口座名義人（ｶﾀｶﾅ）						支店名		
	口座番号								

※申請者以外の口座に振り込むときは、次の委任状に記入が必要です。

委任状

私は、この助成金の受領を次の者に委任します。

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日　　申請者兼請求者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿