

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任意接種助成申請書

年 月 日

志布志市長 様

申請者	フリガナ 氏名		被接種者との続柄	
	現住所	〒		
	電話番号			

※ 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。

被接種者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年 月日	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	<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				
	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					
	電話番号					
※複数の医療機関で接種した場合は、下記に名称、住所及び電話番号を記載						

【提出書類】

- 1 被接種者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類（住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等）の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）
- 2 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
- 3 接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書又は支払証明書等の原本）
- 4 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は、追加の書類を求めることがあります。