

様式第1号（第5項関係）

青梅市ヒトパピローマウイルス感染症にかかる任意接種償還払申請書

令和 年 月 日

青梅市長 殿

申請者 住所
(保護者または本人) 氏名
電話番号

青梅市ヒトパピローマウイルス感染症にかかる任意接種費用助成事業要綱第5項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

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"/> 申請者と同じ	〒
フリガナ		
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生年月日	年 月 日	
ワクチン種別	<input type="checkbox"/> 2価 HPV ワクチン <input type="checkbox"/> 4価 HPV ワクチン	
接種日 (申請分のみ)	1回目	年 月 日
	2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日
支払金額 (申請分のみ)	1回目	円
	2回目	円
	3回目	円
		合計
		円
接種医療機関	名称	
	所在地	〒 電話番号 ()

(裏面へ続く)

2 誓約・同意事項

申請内容について確認等が必要な場合、市職員が住民基本台帳等との照合および医療機関へ確認することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
キャッチアップ接種を受けましたか。受けた場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい ____回、____ <input type="checkbox"/> いいえ

3 添付書類

- (1) 償還払の対象となる予防接種の医療機関が発行した領収書の写し（HPVワクチンの種類および金額がわかるもの）
- (2) 接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証または接種済みの記載がある予診票等の写し

以 上