

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

4価HPV（ガーダシル）を3回自費で接種し、同居の保護者が申請する場合

令和 4年 7月 1日

青梅市長 殿

申請者 住 所 青梅市東青梅 1-11-1  
 (保護者または本人) 氏 名 青梅 花子  
 電話番号 0428-00-0000

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	おうめ かすみ
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	青梅 かすみ
生 年 月 日	平成15年 4月 2日	
ワクチン種別	<input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 4価HPVワクチン	
接 種 日 (申請分のみ)	1回目	令和3年 5月 1日
	2回目	令和3年 7月 1日
	3回目	令和3年 11月 15日
支 払 金 額 (申請分のみ)	1回目	16,000円
	2回目	16,000円
	3回目	16,000円
		合計 48,000円
接種医療機関	名称	うぐいすクリニック
	所在地	〒198-0036 青梅市河辺町〇-〇〇〇-〇 電話番号 0428 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇

(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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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