

別記第1号様式（第3条関係）

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書

年 月 日

目黒区長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	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。

※償還払いの対象はワクチン接種費用のみで、治療費、交通費、文書料等は対象外です。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年	年 月 日	
	氏名			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（サーバリックス）				
		<input type="checkbox"/> 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（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
	領収書等、支払い金額を証明する書類の原本の有無（「無」の場合、下記申請金額の記入は不要）			<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
	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					
	所在地					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・所在地、TEL を記載						

【裏面あります】

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振り込みを依頼します。

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 店										
	預金種別	預金種目を○で囲む				口座番号						
		普通	当座	貯蓄	その他 ()							
	フリガナ											
口座名義人												

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委 任 状	
私は、上記の口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	委任者（保護者）住所
氏名	

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

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、目黒区が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
この申請書を目黒区において支給決定をした後は、任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。「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。	☐はい ☐いいえ ()回・()区・市
本申請分の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
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を行いましたか。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐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（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 婚姻等により、申請者と被接種者の氏名が異なる場合、同一人物であることが証明できる書類（旧姓・新姓を確認できる住民票、運転免許証（両面）、パスポート等）
- 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（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 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に、追加の書類を求めることがあります。