

別記第1号様式（第3条関係）

この記入例は、**見本1**です。
母子手帳等や領収書等の書類が全て揃っている場合の記入例です。

この様式以外に添付書類（共通）で掲げた写しが必要です。

感染症に係る任意接種償還払い申請書

て申請します。

この様式は二重線等での訂正ができません。
 書き間違えた場合は最初から書き直しをお願いします。

申請者	フリガナ	メグロ ハナコ	続柄	本人
	氏名	目黒 花子		
	現住所	〒153-0051 目黒区上目黒〇-〇-〇 □□マンション△△△号		
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

※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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年	平成9年4月2日		
	氏名		月日			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	旧姓であっても領収書に記載された通りの氏名を記入してください。 ※旧姓・新姓が確認できる本人確認書類の添付が必要です。			
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ				
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル） <input checked="" 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	令和3年 5月 7日			
		2回目	令和3年 7月 14日			
		3回目	令和3年 12月 10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 checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	12,000円		合計	36,000円
接種に要した交通費、宿泊費、その他文書発行料等は対象外です		12,000円				
		12,000円				
接種医療機関	名称	〇〇レディースクリニック				
	所在地	目黒区中目黒△丁目□番〇号 〇〇ビル〇階				
	TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
※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	〇〇〇〇		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	メグロ ハナコ										
口座名義人	目黒 花子											

口座名義人名と申請者名が違う場合（旧姓を使用した口座を含む）は、下記委任状が必要です。

※ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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。「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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。