

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償還払い申請書

ご記入日

令和 ○年 ○月 ○日

（あて先）鎌倉市長

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	カマクラ ハナコ		接種を受けた者との続柄	本人
	氏名	鎌倉 花子			
	現住所	〒248-8686 鎌倉市御成町18-10			
	電話番号	0467-23-3000			

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成9年4月2日		
	氏名					
	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"/> 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 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	9月	1日	
		2回目	令和3年	11月	1日	
		3回目	令和4年	3月	1日	
	申請金額（申請分のみ記載）	1回目	16,000円（上限16,775円）			合計 48,000円 （上限50,325円）
		2回目	16,000円（上限16,775円）			
		3回目	16,000円（上限16,775円）			
	接種医療機関	名称	市民健康病院			
住所		鎌倉市御成町18-10				
TEL		0467-61-3979				
回数		<input checked="" type="radio"/> 1回目 <input type="radio"/> 2回目 <input type="radio"/> 3回目 ※該当する接種回数に○を付けてください				
<p>※複数の医療機関で接種した場合、名称・住所・TEL・回数を記載</p> <p>2回目 健康づくり病院 鎌倉市○×1-1-1 0467-××-××××</p> <p>3回目 ささりんクリニック 鎌倉市▲■1-1-1 0467-○○-○○○○</p>						

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込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 かまくら 信用金庫 鎌倉 本店 農協 支店 支所								
	金融機関コード	1	1	1	1	支店番号	1	1	1	
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号	11111111								
	フリガナ	カマクラ ハナコ								
口座名義人	鎌倉 花子									
依頼人（申請者）氏名										

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状

私は、上記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

申請者氏名

【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、鎌倉市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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、鎌倉市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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ 回・
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 紛失していない場合、いいえに☑

【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（双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、母子健康手帳の①被接種者の名前及び生年月日がわかるページ②「予防接種の記録」欄のページ 両方の写しを提出
- ☑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
- ☑接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、
- ☑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。