

記入例（本人）

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兼請求書

令和 年 月 日

葛飾区長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請者	フリガナ	ケンコウ ハナコ	接種を受けた者との続柄	本人	
	氏名	健康 花子			
	現住所	〒 葛飾区青戸4-15-14	本人が18歳未満のときは保護者の申請となります		
	電話番号	03-〇〇〇〇-△△△△			

※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。

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	平成 14年 4月 1日	
	氏名				
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 <input 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 <input type="checkbox"/> 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 10月 5日		
		2回目	令和3年 12月 5日		
		3回目	年 月 日		
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	12,000 円	合計 24,000 円	
		2回目	12,000 円		
	3回目	円			
接種医療機関	名称	健康プラザクリニック			
	住所	葛飾区立石5-13-1			
	TEL	03-〇〇〇〇-△△△△			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

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 けんこう 信用金庫 △ □ 本店 農協 支店 支所								
	金融機関コード	8	8	8	8	支店番号	8	8	8	
	預金種別	普通 当座								
	口座番号	○○○△△□□□								
	フリガナ	ケンコウ ハナコ								
口座名義人	健康 花子									
依頼人（申請者）氏名		健康 花子								

※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。

申請内容の確認のため、葛飾区長が必要なときは、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）の調査を行うことに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容の確認のため、葛飾区長が必要なときは、この申請に係る接種に関する情報（ワクチンの種類、接種年月日、支払金額等）について、接種医療機関に調査を行うことに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
葛飾区が実施する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償還払いを受けましたか。	<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 type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 紛失していない
申請内容に偽りがあった場合、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します。	<input checked="" 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
- 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場合、必要書類が不足している場合は、追加の書類を求めることがあります。

記 入 例 （保護者）

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兼請求書

令和 年 月 日

葛飾区長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請者	フリガナ	ケンコウ タロウ	接種を受けた者との続柄	父	
	氏名	健康 太郎			
	現住所	〒 葛飾区青戸4-15-14	本人が18歳未満のときは保護者の申請となります		
	電話番号	03-3602-1268			

※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 type="checkbox"/> 申請者と同じ	ケンコウ ハナコ	生年月日	平成 16年 8月 1日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	健康 花子			
	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 10月 5日			
		2回目	令和3年 12月 5日			
		3回目	年 月 日			
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	12,000 円	合計 24,000 円		
2回目		12,000 円				
3回目		円				
接種医療機関	名称	健康プラザクリニック				
	住所	葛飾区立石5-13-1				
	TEL	03-〇〇〇〇-△△△△				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

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 けんこう 信用金庫 △ □ 本店 農協 支店 支所								
	金融機関コード	8	8	8	8	支店番号	8	8	8	
	預金種別	普通 当座								
	口座番号	○○○△△□□□								
	フリガナ	ケンコウ タロウ								
口座名義人	健康 太郎									
依頼人（申請者）氏名		健康 太郎								

※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。

申請内容の確認のため、葛飾区長が必要なときは、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）の調査を行うことに同意します。	☑はい □いいえ
申請内容の確認のため、葛飾区長が必要なときは、この申請に係る接種に関する情報（ワクチンの種類、接種年月日、支払金額等）について、接種医療機関に調査を行うことに同意します。	☑はい □いいえ
葛飾区が実施するキャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数を右記にご記載ください。	□はい ☑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償還払いを受けましたか。	□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 ☑紛失していない
申請内容に偽りがあった場合、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します。	☑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
- ☑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場合、必要書類が不足している場合は、追加の書類を求めることがあります。